This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

BOSTON MEDICAL
JUL 26 1962
LIBRARY

L'UNION MEDICALE

DU CANADA

TOME XXX

1901

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

L'Union Médicale du Canada paraît le 30 de chaque mois par fascicules de 64 à 80 pages, formant chaque année un volume de 800 pages, environ.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour le Canada et les Etats-Unis, - - -	**$2.00**
Pour les pays faisant partie de l'*Union Postale* -	**2.50**

On s'abonne directement par mandat-poste.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco* à M. le docteur LeSage, 268, rue St-Denis. Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à M. de Werthemer, 286, rue St-Denis, ou Boîte Postale No. 2189.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine, Chirurgie,

Obstétrique, Pédiatrie, Thérapeutique, Hygiène.

FONDÉE EN 1871.

(3.0.6.6)

TOME XXX

Contenant les travaux de MM.

ARCHAMBAULT, BENOIT, BERNIER, BERNHEIM, BOULET, BOUCHER, CHAGNON, CHOPIN, DAIGLE, DE GRANDPRÉ, DEMERS, DUBÉ, DE COTRET, FOUCHER, HARWOOD, HERVIEUX, LABERGE, LACHAPELLE E. P. LACHAPELLE S. LEGUEU, LESAGE, MARIEN, MERCIER OSCAR, MERCIER ALPHONSE, PARIZEAU, RIVET, ST-JACQUES, VALIN, VILLENEUVE.

1901

MONTREAL,

BEAUCHEMIN & FILS, EDITEURS,

1901

DIRECTEURS

MESSIEURS LES DOCTEURS

Benoit, Professeur suppléant de pathologie interne, Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Boulet, Ophtalmologiste, laryngologiste, otologiste de l'Hôtel-Dieu et de l'Institut Ophtalmique.

Dubé, Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Agrégé, Médecin des hôpitaux.

Harwood, Agrégé, gynécologiste de l'hôpital Notre-Dame.

Hervieux, Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

LeSage, Docteur en médecine de l'Université de Paris, Agrégé, Médecin de l'hôpital Notre-Dame, (secrétaire de la rédaction).

Marien, Agrégé, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

BOSTON MEDICAL LIBRARY
MAR 22 1902

COLLABORATEURS

MESSIEURS LES DOCTEURS

Asselin, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Bernier, agrégé, pathologiste de l'hôpital Notre-Dame.

Chagnon, agrégé, neurologiste de l'hôpital Notre-Dame.

Chopin, médecin analyste du Conseil d'Hygiène de la province de Québec.

Cormier, médecin de l'hôpital Notre-Dame, (pédiatrie).

Daigle, médecin pathologiste de la Maternité.

Décarie, médecin de l'Hôtel-Dieu, secrétaire de la Société Médicale de Montréal.

De Cotret, professeur suppléant (chirurgie), accoucheur de la Maternité.

Demers, professeur de clinique interne, médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Duhamel, agrégé, ophtalmologiste, laryngologiste et otologiste de l'hôpital Notre-Dame.

Foucher, professeur d'ophtalmologie, de laryngologie et d'otologie, médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Joyal, docteur en médecine.

Laberge, médecin en chef de l'hôpital de maladies contagieuses.

Lachapelle E. P., professeur d'hygiène, président du Conseil d'Hygiène et du collège des médecins de la province de Québec, médecin de l'hôpital Notre Dame.

Lachapelle S., professeur de pathologie générale.

Larin, médecin de l'Hôtel-Dieu.

L'Espérance, docteur en médecine de l'Université de Paris.

Mercier O. F., professeur de clinique chirurgicale, Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

Mercier A. F., docteur en médecine de l'Université de Paris, assistant-pathologiste à l'hôpital Notre-Dame.

Parizeau, docteur en médecine de l'Université de Paris, agrégé, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

St-Jacques, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Valin, agrégé, médecin dermatologiste de l'hôpital Notre-Dame.

Villeneuve, professeur suppléant de médecine mentale, surintendant médical de l'Asile St-Jean de Dieu.

CATALOGUED
MAR 22 1902
E. H. B.

ADMINISTRATION.

AVIS.

*L'Administration de l'*UNION MÉDICALE DU CANADA *a l'honneur d'aviser Messieurs les abonnés que Mr* DUCHARME, 417*a*, *rue Dorchester, est pour le Canada chargé de la collection des abonnements de l'*UNION MÉDICALE.

Messieurs les Annonceurs français sont priés de s'adresser, pour l'insertion de leurs annonces, à Mr ED. MONTET, 31, *rue Tronchet,* PARIS.

JANVIER 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.

3 — De l'intervention judiciaire en matières d'honoraires professionnels à propos d'une décision récente ..... *Villeneuve*
12 — La mortalité infantile et les moyens de la diminuer *Dubé*
27 — Purpura hémorrhagique par auto-intoxication..... .. *LeSage*

REVUE GÉNÉRALE.

36 — Traitement des pleurésies..... *Hervieux*
42 — L'hygiène au congrès de Paris (*suite*)..... *Benoît*

SOCIÉTÉS.

50 — La Société Médicale de Montréal. ..... *Dagenais*
Rapport de la séance du 4 novembre 1900.

ANALYSES.

PSYCHIATRIE.

58 — Les psychoses de la puberté. — Anatomie pathologique de l'idiotie. — Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal..... ..... *Chagnon*

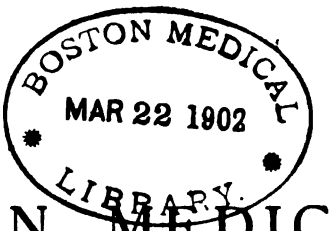
OTOLOGIE.

62 — Pourquoi faut-il trépaner l'apophyse mastoïde dans les otites aiguës.

BIBLIOGRAPHIE.

64 — Chirurgie des voies biliaires, par le Dr Pauchet, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux d'Amiens.
64 — Précis d'ophtalmologie, par les Drs H. Puech et C. Fromaget, anciens chefs de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

6232



L'UNION MÉDICALE
DU CANADA

MÉMOIRES

DE L'INTERVENTION JUDICIAIRE EN MATIÈRE D'HONORAIRES PROFESSIONNELS, A PROPOS D'UNE DÉCISION RÉCENTE (1)

Par GEORGE VILLENEUVE

Professeur adjoint de médecine légale et de médecine mentale à l'Université Laval de Montréal, surintendant médical de l'Asile Saint-Jean de Dieu, membré associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris.

MESSIEURS,

La Société de Médecine s'est occupée, à sa dernière réunion, d'une décision judiciaire intéressant au plus haut point la profession médicale.

Dans une action en recouvrement d'honoraires, intentée à un dentiste par un de nos confrères, le jugement suivant a été rendu:

Jugement de la Cour Supérieure, Montréal.

La Cour, parties, témoins entendus à l'enquête et mérite et délibéré:

Attendu que le demandeur demande que le défendeur soit condamné à lui payer cent trente-huit piastres pour soins médicaux donnés à lui et à ses enfants;

Attendu que le défendeur sur son plaidoyer admet que le demandeur a donné des soins médicaux à lui et à ses enfants, mais conteste le nombre et la valeur des dits soins indiqués dans le compte détaillé du demandeur, allègue qu'il est médecin-dentiste et qu'il n'est pas d'usage entre médecins de se faire payer pour services médicaux, que lui-même n'a pas fait payer le demandeur pour des soins professionnels donnés à sa femme, que le demandeur ne lui a jamais demandé légalement le paiement de la dite somme; ré-

(1) Communication faite à la Société médicale de Montréal, séance du 27 décembre 1900.

clamée par l'action, que le défendeur lui a offert avant l'action la somme de cinquante piastres, qu'il renouvelle cette offre et a consigné la dite somme en produisant son plaidoyer.

Considérant que le demandeur jure qu'il a fait au défendeur et à ses enfants toutes les visites et leur a donné tous les soins mentionnés dans le compte produit avec son action;

Considérant que d'un autre côté le défendeur, dont le témoignage est corroboré par ceux de Dénise Giguère et Délima Giguère, ses servantes, jure que le demandeur ne lui a fait à lui-même que douze visites, au lieu de quarante-huit qui apparaissent dans le dit compte, et n'a fait à ses enfants que cinquante-quatre visites, au lieu de cent cinquante-six qui apparaissent dans le dit compte;

Considérant qu'en face de ces contradictions le demandeur n'a pas prouvé avoir fait plus de visites que le nombre ainsi déclaré par le défendeur et ses deux témoins, Dénise et Délima Giguère;

Considérant que le demandeur lui-même admet que chaque fois qu'il visitait deux ou plusieurs malades chez le défendeur en une même occasion, il n'avait droit pour tous ceux au-delà d'un qu'à la moitié du prix qu'aurait valu telle visite faite à un seul et que telle est aussi, parait-il, la pratique de la plupart des médecins, d'après le témoignage du Dr Lamarche, témoin du demandeur;

Considérant que sur ces visites au défendeur et à ses enfants, il n'y en a que quarante-deux qui ont été faites à un seul patient et que, partant, pour les vingt-quatre autres, le demandeur n'a le droit de recevoir que la moitié du prix d'icelle;

Considérant que les médecins, entendus comme témoins par les deux parties, ne s'accordent pas sur le prix auquel le demandeur avait droit pour les dites visites, mais que presque tous s'accordent à dire que le prix des visites d'un médecin dépend de la condition sociale et pécuniaire de son client, ainsi que du nombre de telles visites, dans un temps donné, et du nombre de personnes traitées dans une même visite;

Considérant que depuis la preuve, la Cour en est venue à la conclusion que d'autres médecins de la position du demandeur, dans les circonstances où le demandeur a soigné celle du défendeur, n'auraient pas exigé plus de cinquante cents par visite, en moyenne, ce qui ferait trente-trois piastres pour les soixante-six visites prouvées en cette cause;

Considérant qu'outre ces soixante-six visites le demandeur a prouvé qu'il avait donné au défendeur et à ses enfants des consultations et des soins et qu'il lui avait rendu des services pour une somme de seize piastres;

Déclare les offres du défendeur suffisantes, lui en donne acte, et renvoie l'action du demandeur pour le surplus avec dépens contre le demandeur."

Les décisions judiciaires touchant les honoraires professionnels sont d'une importance considérable pour la profession médicale, qui ne saurait s'en montrer trop soucieuse. Mais elles le sont à différents degrés, suivant qu'elles créent des présomptions légales nouvelles, susceptibles d'être appliquées à d'autres

cas, ou, suivant qu'elles se rapportent à un cas unique bien déterminé, dans lequel l'intérêt particulier d'un seul praticien est en jeu.

Dans la première supposition, il est de l'intérêt de la profession médicale toute entière d'intervenir dans le débat, par ses corps constitués et représentatifs; dans la seconde, ses membres doivent aider celui de leurs collègues, dont les intérêts ont été injustement lésés, s'il réclame leur aide, en vertu de la solidarité professionnelle.

Pour bien comprendre, au premier de ces points de vue, la signification du jugement cité plus haut, il importe, tout d'abord, d'établir quelle est la jurisprudence usuelle en matière d'honoraires professionnels, et de rechercher ensuite si la présente décision en déroge. Il appartiendra au plaignant de nous démontrer si ses droits personnels ont été méconnus. Je trouve mon excuse de vous offrir ces quelques notions de jurisprudence médicale, dans le fait que le cours de médecine légale que j'enseigne et mes fonctions d'expert m'ont familiarisé avec quelques-unes d'entre elles.

Il n'existe pas de tarif légal, dans la province de Québec. Aucune loi ne parle d'honoraires médicaux. Le seul privilège en faveur de la profession médicale est créé par l'article 2260 du Code civil, en ces termes: *le médecin ou chirurgien en est cru à son serment, quant à la nature et à la durée des soins.* Mais ce texte ne permet nullement au médecin de fixer la valeur de ses soins. Le client ne peut le contredire sur leur nature et leur durée, voilà tout. Le médecin, lorsqu'il intente une action en recouvrement d'honoraires, doit prouver que les soins ont été donnés; il peut le faire par lui-même, en vertu de l'article 316 du Code de Procédure civile, mais sur ce point, il peut être contredit. De sorte que s'il en est crû à son serment, quant à la nature et à la durée des soins, il ne l'est nullement, d'une façon obligatoire, quant au fait que des soins ont été donnés. Pas n'est besoin de s'étonner si la jurisprudence s'est montrée quelque peu contradictoire sur ce point. (1)

(1) Voyez sur cette question ; Peers Davidson, M.A., du barreau de Montréal : " Les médecins et la loi."—*Union Médicale du Canada*, 1897.

Autant que j'ai pu m'en assurer, la jurisprudence usuelle en matière d'honoraires médicaux diffère peu, dans tous les pays qui ne sont pas pourvus d'un tarif légal. Taylor, du barreau de New-York, vient de publier sur ce sujet un traité dont je vous recommande la lecture et auquel je ferai quelques emprunts au cours de cette étude. (1)

On admet généralement, que, lorqu'un malade réquiert les services d'un médecin, il contracte avec lui et s'engage, par là, à le rémunérer équitablement et suffisamment de ses services. Le fait seul de réquérir et d'accepter les services d'un médecin étant suffisant pour lier le malade, par toute la validité d'un contrat, constitue ainsi un engagement réel de le payer, pour toutes les visites subséquentes qu'exige la condition du malade, tant qu'elles ne sont pas formellement refusées.

Le médecin mandé par un malade est le juge le plus approprié et le meilleur de la fréquence des visites qu'il doit lui faire, et, en l'absence d'une preuve formelle contraire, la cour doit présumer que les visites ont été jugées nécessaires et ont été faites à bon droit. Ceci est tellement vrai que si un médecin négligeait de faire les visites nécessaires et qu'il surviendrait des complications dans l'état de son malade, par suite de sa négligence, il pourrait être inquiété, comme certaines poursuites le prouvent. A ce sujet, Brouardel a dit, dans ses leçons (1), " qu'il ne saurait admettre, en prenant pour base des honoraires la fortune du malade, la raison qu'en donnent Briand et Chaude; ils disent qu' " il est évident que les malades qui appartiennent à la haute classe de la société exigent plus de visites, d'assiduité, il y a lieu d'accorder au médecin un prix plus élevé." Cette formule est absolument fausse. Pour le médecin le malade est simplement un être humain ayant besoin de secours, riche ou pauvre, la maladie dont il souffre réclame la même intervention. Si, en dehors des soins médicaux, le riche peut se donner plus de confortable que le pauvre, c'est son affaire et celle de la famille, mais le médecin, dans l'exercice de son art, ne doit se préoccuper que de la maladie et laisser toute autre préoccupation de côté."

(1) Arthur N. Taylor, L.L.D. ; " The laws in its relations to physicians."—New-York, 1900.

(2) P. Brouardel ; " L'exercice de la médecine et le charlatanisme."—Paris, 1899.

Jusqu'ici, la question est très simple et les présomptions sont toutes en faveur du médecin. Mais les difficultés surgissent du moment qu'il s'agit de taxer les visites du médecin, en conformité des données ci-dessus. En un mot, quel est le montant des honoraires que le médecin est en droit d'exiger? Telle est la question qui se pose maintenant.

Il n'existe à ce sujet aucune présomption légale. Le montant est déterminé par la coutume locale et par les circonstances particulières de chaque cas. Résumant son opinion sur ce point Taylor dit: (1) " En un mot, le montant exigible par le médecin ou le chirurgien, pour les soins habituels, dans les cas ordinaires, est déterminé par la pratique généralement reconnue et admise dans la localité où ces soins ont été donnés, où, si le médecin a été appelé d'une certaine distance, par la coutume qui prévaut dans sa localité. Pour les soins extraordinaires ou inusités, cette règle générale ne saurait s'appliquer: chaque cas devant être apprécié d'après les circonstances concomitantes et un montant raisonnable et équitable fixé en conséquence."

En France, quand des poursuites en recouvrement d'honoraires sont définitivement engagées, le tribunal nomme un ou plusieurs experts. Les hommes de l'art, ainsi délégués, sont appelés à examiner si les honoraires réclamés par le médecin sont ou non exagérés. Il rédigent leurs conclusions dans un rapport dit " d'estimation."

Les règles tracées par les principaux auteurs de médecine légale, d'époques différentes, indiquent, par leur parfaite similitude, les bases sur lesquelles de nombreux arrêts ont établi l'appréciation judiciaire des honoraires médicaux.

Ainsi, Orfila (1) dit, en reproduisant Devaux " que l'on considérera le mérite de l'opération, l'importance des maladies, la durée du traitement, la fortune des personnes qui ont été traitées, la proximité où l'éloignement des malades." Devergie (1), répète, que " dans l'appréciation des honoraires réclamés par la partie autorisée, il faut avoir égard à la nature et à la gravité de la maladie; aux soins qu'elle a dû nécessiter; à sa durée; aux

(1) *Loc. cit.*

(1) "Traité de Médecine légale," 4e édition.

(1) Alph. Devergie; "Traité de Médecine légale théorique et pratique," Paris, 2e édition.

pansements dont elle a été l'objet; à la proximité où à l'éloignement du malade; et surtout à la qualité et à la fortune de ce dernier."

Legrand du Saule (1), se prononce dans le même sens. " Le médecin, dit-il, chargé de taxer un mémoire doit prendre en considération la fortune du malade, la position de l'homme de l'art qui a donné ses soins, le nombre de visites qu'il a faites, la distance qu'il avait à parcourir pour se rendre auprès de son client et surtout l'importance de la maladie et de l'opération "

Legrand du Saule cite à ce sujet un jugement remarquable par ses considérants:

" Attendu par des documents de la cause, il résulte que des soins assidus et éclairés ont été donnés à Monsieur A., par les deux docteurs; que ces soins ont eu pour résultat d'empêcher l'amputation de la jambe et que la cure a obtenu un succès que la science rendait problématique;

" Attendu qu'un tel service ne peut trouver une récompense digne de lui que dans la reconnaissance éternelle de celui à qui il a été rendu; mais que pour apprécier les honoraires en argent qui peuvent être dus, il faut avoir égard à la position du malade, aux circonstances dans lesquelles il se trouve, aux malheurs dont il a été victime, afin que autant que possible, la somme allouée soit honorable, mais en proportion avec les facultés de celui qui la paye, etc."

Brouardel, dont la haute compétence est si généralement acceptée et si justement appréciée, reprend magistralement la question et s'explique comme suit, dans ses leçons professées à la faculté de médecin de Paris: (1)

" Examinons quels sont les points sur lesquels le tribunal pourra baser son appréciation. Tout d'abord, il s'occupera des *habitudes locales.* Il est certain que le prix d'une visite est plus élevé dans une grande ville, que dans une campagne pauvre.

En outre le tribunal s'informera de *l'état de fortune du client.* Il est hors de doute que le malade riche doit payer plus cher que le malade pauvre; ainsi, le chirurgien qui demande 2 où 3000 francs pour une opération à une personne possédant 100,000 francs de rente ne pourra pas demander un prix égal à un ouvrier vivant de son travail et qui gagne péniblement de quoi nourrir sa femme et ses enfants. Les soins doivent être les mêmes, mais la rémunération sera de beaucoup inférieure.

(1) Legrand de Saule : " Traité de Jurisprudence médicale et de Toxicologie." Paris, 2e édition, 1886.

(2) *Loc. cit.*

En troisième lieu, les juges s'inquièteront de savoir quelles difficultés le médecin a pu rencontrer au cours de ses visites, s'il va voir un malade à 10 kilomètres de son domicile, ce déplacement doit entrer en ligne de compte, et le prix de la visite sera plus élevé que si le malade habite dans la maison même du médecin où à peu de distance. S'il y a eu des consultations, des visites de nuit, des interventions opératoires, le médecin sera en droit d'exiger une rémunération plus forte.

Enfin, le tribunal se basera sur la *notoriété du médecin*. Un officier de santé, ou un docteur établi dans un village, ne sera pas considéré comme pouvant prétendre aux mêmes honoraires qu'une célébrité médicale."

Par ce rapide exposé, il est facile de voir que le fait d'appeler un médecin et d'accepter ses soins, constitue, pour le malade, une obligation légale de la rénumérer équitablement et suffisamment et que le médecin est le meilleur juge du nombre des visites qu'il doit faire. La cour, à moins d'une preuve contraire formelle doit donc présumer qu'elles étaient toutes nécessaires. D'après l'article 2260 du Code civil, le médecin ou le chirurgien doit en être cru à son serment quant à la nature et à la durée de ses soins; mais il peut être contredit sur le fait que des soins ont été donnés. Cet article a donné lieu à des interprétations contradictoires.

Quant au montant des honoraires, c'est une question de fait et non le droit; c'est-à-dire qu'il n'existe à ce sujet aucune présomption légale, il est déterminé par la nature du service, la qualité de celui qui l'a reçu et de celui qui l'a rendu, et les habitudes locales.

Les considérants d'un jugement ne peuvent s'appuyer sur une coutume, qu'en autant qu'elle est suffisamment notoire, par une pratique généralement suivie, pour que le médecin ne pût l'ignorer et que le malade fût en droit de croire qu'elle lui serait appliquée.

Conséquemment, dans la présente instance, nous pouvons nous poser les questions suivantes:

La coutume suivie à Montréal autorise-t-elle d'affirmer avec le défendeur, que le médecin-dentiste fait partie de la pro-

fession médicale et qu'il n'est pas d'usage entre médecins de se faire payer ses services?

Devons-nous admettre, avec le tribunal que, lorsqu'un médecin visite un ou plusieurs malades de la même famille, dans la même maison, en une même occasion, il n'a droit, pour tous ceux, au-delà d'un, qu'à la moitié du prix qu'aurait valu telle visite faite à un seul; et ce, d'après l'usage établi?

Pouvons-nous accepter la conclusion à laquelle est arrivée le savant juge, que, dans la ville de Montréal, certains dentistes doivent s'attendre, par une pratique généralement suivie, à ne payer, à certains médecins, que cinquante centins par visite?

Messieurs, en matière civile, un juge se prononce d'après la prépondérance de la preuve. Il peut se faire que les considérants du jugement soient absolument en rapport avec les faits établis dans la cause ou, du moins, avec la majorité d'entre eux. Je vous avoue qu'après avoir entendu les rapports contradictoires qui m'en ont été faits, je suis moi-même resté fort perplexe. Nous ne pouvons donc discuter les considérants du jugement que d'une manière générale, en autant qu'ils affectent la profession toute entière. A ce point de vue, nous ne pouvons admettre qu'ils soient bien fondés.

Un dentiste n'est pas un médecin, dans le sens où le terme s'applique à notre profession et il n'a, de ce chef, aucun droit de s'attendre à un traitement privilégié.

Les honoraires pour soins donnés à plusieurs membres d'une même famille, dans une même visite, dépendent de la nature du service rendu à chacun d'entre eux. Si vous prescrivez un gargarisme à l'un, si vous faites un pansement à l'autre pour une fracture compliquée, si vous donnez à un autre une injection de sérum, si vous diagnostiquez pour un quatrième une affection abdominale et décidez une laparatomie, lesquels de ces quatre malades ne doivent payer que le prix d'une demie visite? Il est évident que c'est encore, ici, une question d'espèce et non pas de droit et que la réduction ne peut porter, d'une façon absolue, que sur le déplacement évité au médecin pour plusieurs visites simultanées et n'est justifiée pour le reste, que par la nature de l'intervention.

Pour ce qui est de la gratuité des soins entre médecins, voici

ce qu'en dit Taylor, (1) " Habituellement les médecins se traitent entre eux gratuitement. Mais cette coutume est-elle suffisamment établie et assez généralement reconnue pour autoriser un médecin à refuser de payer le confrère qui l'a soigné? La Cour suprême de Georgie a décidé que c'était là une question de fait, qui devait être démontré par la preuve. S'il appert par les dépositions, que la gratuité est un simple acte de bonne camaraderie ou de courtoisie et non pas une pratique universelle, alors le médecin a droit à ses honoraires, à moins qu'il n'existe une entente contraire. Si, d'un autre côté, la cause démontre que la pratique est si généralement suivie, que le médecin peut raisonnablement croire que la coutume fait partie du contrat, alors la gratuité est la règle."

Il me semble donc évident que le jugement crée des présomptions légales nouvelles, en matière d'honoraires, pouvant être interprétées défavorablement pour nous, dans des circonstances identiques, malgré l'aspect particulier de chaque cas. Le danger est-il assez grand pour que la profession médicale toute entière s'en émeuve et intervienne comme corps dans le débat?

En d'autres termes nous avons à nous demander quelle est la portée légale de ce jugement qui, d'une manière générale, semble déroger de la jurisprudence usuelle? La solution de cette question n'est pas de ma compétence, il appartient à un homme de loi d'y répondre. Comme elle intéresse tout le corps médical, elle tombe dans les attributions du bureau des gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens, particulièrement chargé par la loi du soin de nos intérêts professionnels. Nous pourrions prier le président de ce bureau, d'en consulter l'aviseur officiel et de l'autoriser à prendre toute mesure qu'il jugera convenable, dans l'avantage de la profession.

Pour notre société, fondée uniquement dans un but scientifique, elle ne peut qu'émettre ce vœu et donner à notre confrère, le demandeur, son appui moral; en laissant à ses membres le soin de l'aider individuellement, comme collègues, d'une manière plus pratique.

(1) *Loc. cit*

LA MORTALITÉ INFANTILE ET LES MOYENS DE LA DIMINUER (1)

Par J.-E. DUBÉ

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval.
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

J'eus dernièrement l'occasion de lire deux articles de journaux qui m'ont fortement intéressé.

Le premier est publié dans l'*Obstétrique* du 15 septembre 1900, sous la signature du prof. Pierre Budin, de Paris, et est intitulé: *De la puériculture après la naissance.* Le second est reproduit par un journal politique de cette ville, d'après le *Civic government*, journal de New-York. Cet article est intitulé: " Saving " lives of children, by the purification of the milk supply and " instruction to mother, the experience of Rochester ", par le docteur Goler. " (Comment sauver la vie des enfants par un " approvisionnement de lait pur et l'éducation des mères, expé- " rience de Rochester) ".

C'est évidemment un sujet d'actualité et il n'y a pas en médecine de chose plus navrante que la grande mortalité infantile. Il n'y a pas non plus de position aussi difficilement supportable que celle du médecin en présence de ces petits êtres qui meurent entre ses mains faute de soins maternels, de bon lait.

Je connais nombre de médecins qui, pendant les chaleurs de l'été, au moment où la gastro-entérite fait le plus de ravages, se voient obligés de signer des certificats de décès pour des bébés qu'ils n'ont pas soignés ou qu'ils ont vus quelques heures seulement avant la mort.

Le médecin ne se trouve appelé qu'à la dernière minute parce qu'il faut un certificat de décès à la famille, autrement on ne songerait même pas à le faire venir, tant la médecine infantile avec ses grands succès reste inconnue ou incomprise pour une bonne partie de notre population qui s'imagine que des bébés " çà ne se soigne pas! "

Que faut-il penser en présence d'un semblable état de choses? Devons-nous nous croiser les bras et dire: il n'y a rien à faire?

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 4 décembre 1900.

Je me plais à répéter que non ! N'en déplaise aux médecins pessimistes qui persistent à croire que les préjugés et l'ignorance des mères resteront, quoi qu'on fasse.

Je suis convaincu qu'il suffira d'indiquer à ces médecins les belles statistiques du prof. Budin par exemple, pour les persuader de leur erreur.

Si je parle, Messieurs, avec autant de conviction, c'est que notre population est comme les autres, susceptible de progrès pour peu que l'on se donne la peine de la former.

Je demanderai à ceux qui se récrient ou gémissent le plus contre l'ignorance de notre pauvre population, ce qu'ils ont fait pour l'instruire !

Y a-t-il vraiment lieu de s'étonner que les mères soient ignorantes des premiers soins à donner à leurs nourrissons, et n'y aurait-il pas au contraire lieu d'être étonné que la situation ne soit pas plus grave, en présence du peu d'enseignements qu'elles reçoivent ?

Les médecins se sont, pendant trop longtemps, contentés de dire aux mères " qu'il était impossible de donner des soins à des petits êtres sans parole " ; elles nous le rendent maintenant par un vote de non confiance. En effet il ne faut pas faire de la médecine pendant bien des années, avant de se faire dire que les médecins ne connaissent rien dans le traitement des enfants. C'est là de l'ignorance, sans aucun doute ; de la méchanceté peut-être ; mais sûrement pas toujours de la mauvaise foi.

Ces mêmes femmes seront nos clientes les plus dociles dès que nous leur aurons prouvé que nous en connaissons plus qu'elles dans l'alimentation et le soin à donner à leurs enfants. Ici, je parle évidemment de la mère peu instruite et relativement pauvre, car dans la classe aisée l'exercice de notre profession est facilité de beaucoup, il nous est possible d'obtenir une balance pèse-bébé, de faire donner du lait stérilisé ; les mères nous écoutent, et tout se fait généralement tel que nous l'exigeons. Mais chez le pauvre, ou celui qui est un peu dans la gêne et ne peut que difficilement acheter un stérélisateur et surtout se procurer un lait pur ; nous ne pourrons pas faire bénéficier son enfant des grandes découvertes modernes et en même temps cap-

ter sa confiance. Nous pouvons tout avec les riches et nous sommes complètement impuissants chez les pauvres.

Ceux-ci sont pourtant les plus nombreux et leurs enfants ne doivent pas pour cela être traités comme quantité négligeable.

Lhumanité la plus simple nous impose le devoir d'agir et nous devons de tout notre pouvoir nous efforcer de diminuer la grande mortalité qui sévit chez les enfants de notre ville. Mais alors une importante question se pose. Comment suppléer à la pauvreté et en même temps faire disparaître l'ignorance dans la masse?

Comment fournir aux pauvres les moyens de se procurer un lait pur? Comment convaincre toutes ces mères de l'efficacité des têtées régulières, etc? Ce problème qui paraît insoluble à ceux qui n'ont jamais tenter de l'étudier a reçu depuis longtemps, en France, une solution satisfaisante.

" Quand on prend la peine, dit le prof. Budin, de regarder de près les chiffres qui indiquent la mortalité des enfants, on est douloureusement surpris.

Dans les premières années de la vie, dans les premières semaines surtout, elle est considérable, et M. le docteur Bergeron a pu dire, en 1878, que l'enfant qui naît a moins de chances de vivre une semaine qu'un vieillard de 90 ans, moins de chances de vivre une année qu'un vieillard de 80 ans."

D'après les statistiques de MM. Balestre et Gilletta de St-Joseph (Nice), les principales villes de France ont présenté, dans la période qui s'étend de 1892 à 1897, une mortalité infantile (de 0 à un an) égale au cinquième, au quart, au tiers, et même dans l'une d'elles, à la moitié de la mortalité totale.

" Les éleveurs, dit Budin, font tout leur possible pour ne pas perdre les jeunes animaux qui naissent chez eux. S'ils avaient de semblables résultats, guidés par leur intérêt matériel, quelles précautions, quelles mesures ne prendraient-ils pas. Pour les enfants, que font les parents? que font les villes? que fait l'Etat?

En parcourant le rapport annuel de notre Conseil d'Hygiène Provincial, on apprend bien des choses.

Il est alors très facile de se rendre compte de la grande mortalité infantile dans toute la province de Québec et dans chacune des villes séparément.

Voici par exemple, des chiffres statistiques compilés par M. le docteur E. Provost du Bureau d'Hygiène, donnant la mortalité par les maladies contagieuses et la diarrhée infantile.

Année.	Fièvre typhoïde.	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie.	Tuberculose.	Diarrhée.
1896.....	313	227	197	2,059	2,826	4,464
1897..	346	663	342	2,088	3,079	4,395
1898.....	321	179	332	1,709	2,876	4,512

Cette mortalité, par diarrhée surtout, est certainement trop forte et hors de proportion avec notre population provinciale de 1.690,064 (1898).

" Le chiffre des décès pour la première période de vie (0 à 5 ans) dit M. le docteur Provost, a été de 15,794 en 1898. Ce chiffre est désolant et plus élevé que les années précédentes."

Voici maintenant le taux de la mortalité pour les enfants de 0 à 1 an seulement:

1896....	9 632
1897....	2 538
1898....	10 468

Cette mortalité est épouvantable.

Dans notre propre ville il est mort 1349 enfants de diarrhée et gastro-entérite. Sur ce nombre, 1238 étaient âgés de 0 à 1 an.

Il en est mort en:

Janvier....	9
Février....	44
Mars.....	55
Avril.....	45
Mai....	67
Juin.....	291
Juillet.....	353
Août.....	163
Septembre.....	121
Octobre....	93
Novembre.....	42
Décembre.....	46

Si nous ajoutons à ces chiffres déjà monstrueux le nombre

d'enfants de 0 à 5 ans, morts d'autres maladies que la diarrhée, nous avons:

Encéphalite	40
Méningite simple	275
Hémorragie cérébrale (?)	52
Paralysie	3
Epilepsie	1
Eclampsie	2
Convulsions	111
Tétanos	1
Système nerveux	19
Maladies des oreilles	3
Péricardite	1
Maladies du cœur	10
Maladies du nez	1
Affections du corps thyroïde	30
Bronchite aiguë	90
Bronchite chronique	2
Broncho-pneumonie	162
Pneumonie	186
Pleurésie	4
Congestion de poumons	35
Des poumons	4
De la bouche, du pharynx	9
Maladies de l'estomac	5
Obstructions intestinales	9
Autres affections de l'intestin	2
Affections du foie	4
Péritonite	7
Phlegmon, fosse iliaque	1
Néphrite aiguë	7
Maladie de Bright	1
Calculs rénaux	1
Maladies de la vessie	3
Erysipèle	11
Abcès chauds	4
Maladies de la peau	3
Abcès froid	1
Affections des os	5
Vices de conformation	10
Débilité congénitale	296
Défaut de soins	1
Autres maladies	3
Traumatismes	5
Epuisement, cachexie	492
Fièvre de dentition et autres	100
Hydropisie	3

Ces chiffres réunis font un total qui touche de près 4000 enfants, pour l'année 1898, la moitié de la mortalité totale, qui est la même année, de 7292.

" La majorité des enfants, dit M. le docteur Provost, meurent durant les mois de juillet, août et septembre, et la cause commune est la diarrhée. C'est donc pendant cette période de l'année que l'on doit surveiller davantage l'alimentation et l'hygiène de la première enfance. Nous pouvons expliquer le grand nombre des mortalités par la défectuosité de l'alimentation, par la négligence que l'on apporte à secourir les petits et à les préserver contre les conditions qui amènent la misère; en un mot, les enfants sont trop souvent abandonnés aux seules résistances de l'organisme.

Nous ne pouvons trop nous élever contre le préjugé qui règne dans l'esprit du peuple, qu'il est inutile de faire soigner les enfants. Cette erreur coupable devrait disparaître, maintenant que la science médicale a comblé la lacune du passé, et que d'excellentes statistiques prouvent à l'évidence que l'intervention du médecin sauve de la mort de pauvres petits qui sont destinés à périr, abandonnés trop souvent à leur seule résistance.

Pour trouver les remèdes, dit Budin, il faut connaître les causes.

Dans les statistiques de MM. Balestre et Gilletta de St-Joseph, les maladies du tube digestif déterminent à elles seules la mort dans 53% des cas.

C'est surtout la diarrhée qui agit avec le plus de force; sur 100 décès d'enfants de 0 à 1 an, elle se montre dans la proportion de 38.5%; on trouve les affections pulmonaires dans celle de 14.5%, et le chiffre de 47% représente les autres causes réunies: les fièvres éruptives, les maladies contagieuses, etc.

Rares pendant l'été, les affections pulmonaires sévissent surtout pendant les périodes les plus froides.

En janvier, elles causent la mort dans 26% des cas. Cette proportion s'abaisse progressivement:

Février	24.0%
Mars	23.0 "
Avril	20.0 "
Mai	15.0 "

Juin	11.0 "
Juillet	6.0 "
Août	5.5 "

Puis elle s'élève au fur et à mesure que la température s'abaisse:

Septembre	6.0%
Octobre	9.0 "
Novembre	17.0 "
Décembre	24.0 "

La diarrhée, due à des causes multiples, sévit pendant toute l'année, mais elle est particulièrement forte pendant les mois d'été.

La proportion de décès est:

Janvier et Février	21.0%
Mars	22.5 "
Avril	25.5 'è
Mai	30.0 "
Juin	42.5 "
Juillet	59.0 "
Août	60.5 "

Elle descend ensuite, avec l'abaissement de la température.

Septembre	54.0%
Octobre	43.0 "
Novembre	30.5 "
Décembre	23.5 "

En juillet et en août la diarrhée cause donc, à elle seule les six dixièmes environ (59 à 60%) des cas de mort chez les enfants de 0 à 1 un. (*Budin*).

" Les principales causes de la mortalité chez les enfants étant ainsi connues, il est plus facile de chercher quels sont les remèdes qu'il faut y apporter."

L'isolement, la désinfection dans la fièvre éruptive, l'emploi de la vaccination pour la variole, du sérum de Roux et de Behring pour la diphtérie, etc., continuent à arracher à la mort un nombre considérable d'enfants.

M. le prof. Budin a bien démontré l'importance qu'il y a à éviter pendant les mois d'hiver l'action du refroidissement, si funeste chez les enfants de 0 à 1 an, surtout ceux atteints de faiblesse congénitale.

" Dès notre entrée à la Maternité, en janvier 1895, dit-il, nous avons constaté, en faisant prendre la température rectale de tous les enfants qui étaient admis, combien est grand et dangereux le refroidissement . En effet, les débiles pesant moins de 2000 grammes (4 lbs) et chez lesquels la température rectale était tombée à 32° centigrades (89.6 Fahrenheit) ou au-dessous succombaient dans la proportion de 98%. La mortalité était de 90% chez ceux dont la température rectale était descendue entre 32° et 33°.5 (89.6 à 92.3 Fahrenheit).

Si ces enfants débiles meurent dans l'effroyable proportion de 90 et de 98%, il n'en est plus de même si on en prend soin aussitôt après leur naissance et si, en particulier on prévient les refroidissements. En effet, Budin a observer 108 enfants débiles pesant entre 2000 à 2500 grammes (4 à 5 lbs) et sur ce nombre 7 seulement sont morts dont cinq syphilitiques; 101 ont survécu et sont sortis de l'hôpital avec leur mère; la proportion des enfants sauvés a donc été de 93. 5%.

Nous pouvons, mon ami Cormier et moi, parler avec expérience de ce refroidissement marqué chez les enfants naissants. les débiles surtout. Pendant notre passage à la crêche de la maternité, nous l'avons souvent constaté après avoir pris connaissance des beaux travaux du prof. Budin.

Malgré la grande importance de ces facteurs de maladies et de mort, ce sont comme dit Budin, les affections du tube digestif qui doivent attirer l'attention des médecins et des hygiénistes. Elles causent en effet, la mort dans 38.5% des cas.

La diarrhée peut emporter les enfants nourris au sein et ceux élevés artificiellement, mais elle sévit surtout sur ces derniers."

C'est une vieille vérité, mais il ne faut jamais cesser de démontrer toute la supériorité de l'allaitement au sein sur l'allaitement artificiel, dans l'élevage des enfants.

En 1898, on a vu à Paris mourir 256 enfants en une semaine, pendant les grandes chaleurs; or tous ces enfants étaient nourris au biberon.

Est-ce à dire que l'enfant élevé au sein ne peut pas mourir de diarrhée? Evidemment non, puisque ces enfants en souffrent assez souvent comme le prouvent les statistiques.

" C'est que les femmes du peuple abandonnées à elles-mêmes

ne reçoivent en général pas de conseils éclairés, ou elles n'en écoutent que d'incompétents ou de funestes. C'est seulement quand leur nourrisson est devenu malade qu'elles s'adressent au médecin, c'est-à-dire trop tard.

Il ne devrait pas en être ainsi. Les mères, les nourrices, ont besoin d'être guidées pendant cette période si dangereuse pour l'enfant." (*Budin*).

Je n'ai pas encore parlé des moyens à prendre pour abaisser la mortalité infantile dans notre population pauvre.

Je n'ai nullement l'intention de conseiller quelques mesures nouvelles inconnues jusqu'ici. Oh non! je veux simplement me borner à tendre tous mes efforts vers la création, à Montréal, d'une *Consultation de nourrissons.*

Qu'est-ce donc alors qu'une consultation de nourrissons et quel en doit-être le fonctionnement? Laissons la parole au prof. Budin: "A Paris, en 1892, dit-il, nous avons créé, à la Charité, la première consultation de nourrissons. Nous en avons organisé une autre à la Maternité, en 1895, puis une troisième à la Clinique Tarnier, en 1898. Voici en quoi consistent ces consultations.

Chaque semaine, les femmes qui élèvent elles-mêmes leur enfant, le rapportent à l'hôpital, où elles ont accouché. Il est examiné et pesé.

Sur un régistre spécial on inscrit son poids et les renseignements qui le concernent; on peut, de la sorte, établir ensuite facilement sa courbe. C'est l'allaitement au sein qui est encouragé.

Si cet allaitement est insuffisant, on prescrit une quantité variable de lait stérilisé que la mère vient chercher chaque matin. On fait ainsi l'allaitement mixte. Parfois même, la femme n'ayant pas de lait du tout, ou bien, après en avoir eu, n'en ayant plus, son enfant ne boit que du lait stérilisé: l'allaitement est alors artificiel.

Au lieu d'abandonner à elles-mêmes des mères désireuses de bien faire, mais ignorantes et pauvres, il est préférable de les surveiller, de les diriger, de les aider.

Chaque consultation devient comme une véritable école de mères, car si l'on soigne les bébés, on conseille aussi les nour-

rices, leur traçant une ligne de conduite pour le présent et pour l'avenir.

En juin 1898, 79 enfants suivaient notre consultation de nourrisson ; parmi eux : 48 étaient nourris au sein ; 27, étant à l'allaitement mixte ou sévrés, recevaient du lait ; 4 avaient été mis d'emblée à l'allaitement artificiel. Il s'agissait, pour ces derniers, d'enfants qui, nés chez nous, avaient d'abord été confiés à des nourrices mercenaires. On voit donc que 60% des enfants de notre consultation étaient allaités au sein ; 30% avaient pris dans le sein de leur mère tout ce qu'il était capable de fournir. 6% avaient été mis à l'allaitement artificiel par suite des conditions dans laquelle ils avaient été amenés.

Or, pendant cette année 1898, si meurtrière pour les enfants de la capitale, aucun de nos enfants n'a succombé à la diarrhée : la mortalité par troubles digestifs a été de 0.

Ces beaux résultats obtenus par le prof. Budin donnèrent l'élan et des consultations analogues ont été créées à Paris, en dehors des hôpitaux, dans des dispensaires privés, par un certain nombre de médecins, les docteurs Variot, Dubrisay, Henri de Rothschild, qui distribuent du lait de conserve ou lait stérilisé de commerce.

L'Assistance publique en a créé un certain nombre dans ses dispensaires et elle continue ces créations.

Je continue à citer les prof. Budin. " Un médecin a fait beaucoup en France pour leur diffusion : c'est le docteur Dufour (de Fécamp), qui leur a donné le vocable heureux et pittoresque de " la Goutte de lait ".

Dans ces consultations, non seulement on dirige l'allaitement au lait stérilisé, mais on évite avec soin la suralimentation et l'alimentation solide précoce. Les enfants ne reçoivent, dans chaque bouteille, que la quantité suffisante pour chaque têtée. La mortalité pour troubles digestifs, si grande en général, est presque nulle dans les consultations de nourrissons rattachées aux services d'accouchements de Paris. M. le directeur de l'Assistantce publique (rapport de 1898) et les médecins qui dirigent les dispensaires ont montré quels excellents résultats y étaient obtenus.

Les chiffres publiés par M. le docteur Dufour sont particu-

lièrement intéressants. Pendant ce même été de 1898, la mortalité par diarrhée à la " Goutte de lait ", est tombée à 2.8%, tandis que, dans la ville de Fécamp, elle était de 16% ; durant le mois d'août 1898, dans d'autres villes du département de la Seine-Inférieure, la mortalité par diarrhée était de 51% au Hâvre, 66% à Bolbec, 76% à Rouen.

A Paris en 1900, pendant les très fortes chaleurs que nous venons de traverser, on a vu jusqu'à 262 enfants mourir dans la 30e semaine.

Or, à notre consultation de nourrissons, en 1899 et en 1900, jusqu'à ce jour, nous n'avons eu aucun décès par diarrhée."

Ces beaux résultats sont, il me semble, Messieurs, bien propres à nous convaincre que nous devons faire quelque chose dans notre propre pays.

Voyons maintenant ce qui se pratique à Rochester, Etats-Unis. C'est le docteur Goler, chef du bureau de santé municipal qui a pris l'initiative d'établir dans toute la ville des dépôts de lait pur pendant les grandes chaleurs de juillet et août 1900.

De 1887 à 1897, 35½% de la mortalité dans Rochester survenait chez les enfants au-dessous de cinq ans.

" Cette énorme mortalité infantile, dit le docteur Goler, démontrait la nécessité de chercher à la diminuer. Je crus que l'approvisionnement de lait dans la ville devait y être pour beaucoup et je commençai de suite une campagne active.

Je fis distribuer tout d'abord à toutes les mères ayant de jeunes enfants dans la ville, un petit livre intitulé: " Des soins à donner aux petits enfants pendant les chaleurs." Imprimé en anglais, allemand, italien et en hébreux, ce petit livre donnait dans un langage simple et clair les principales notions sur les soins des bébés.

J'obtins en second lieu, une subvention de $350.00 pour l'installation d'un dépôt de lait municipal. C'était en juillet 1897. J'y plaçai une " trained nurse " et un assistant qui distribuèrent le lait mis en bouteilles de deux grandeurs différentes.

Ce lait n'était pas distribué pur, mais dilué plus ou moins suivant le poids de l'enfant.

Poids de l'enfant. Livres.	Lait - onces.	Eau—onces.	Sucre—cuillerée à thé.	Fréquence des tétées.	Bouteilles—Nombre en 24 heures.
10	1½	2½	½	2 heures.	8
11 à 14	2½	2½	¾	2½ heures.	7
15 à 18	5	2	1	3 heures.	6
19 à 20	8	0	1½	3 heures.	6

Lorsqu'une mère venait chercher du lait pour la première fois, elle était obligée d'amener son enfant. Celui-ci était pesé et d'après son poids et non pas son âge, l'enfant recevait la provision de lait approprié.

Le poids d'un enfant est meilleur guide que son âge, sur les dimensions et la capacité de son estomac.

La " trained nurse " donnait en même temps quelques conseils à la mère, sur la manière d'habiller, de baigner son enfant.

Les résultats obtenus par ce premier essai ont dépassé toute espérance. Pendant ces deux mois il y eut 107 morts parmi les enfants âgés de 0 à 5 ans, au lieu de 223 du même âge, morts les années précédentes, pendant les mois correspondants.

L'année suivante au lieu d'un seul dépôt il y en eut quatre, ce qui permit de satisfaire tout le monde. Le lait provenait d'une ferme bien tenue et à proximité de la ville. Après les trois premières années de début satisfaisant, le docteur Goler prit le troupeau de vaches sous sa direction immédiate, aidé de quelques assistants. Il surveilla la traite et l'expédition du lait.

Le troupeau de vaches était composé de bêtes choisies et en bonne santé. L'étable était toujours tenue dans un grand état de propreté. Au moment de la traite chaque vache était recouverte d'un drap stérilisé afin d'éviter les souillures du lait par les poussières atmosphériques. En plus, le personnel était obligé de se laver les mains dans une solution antiseptique.

Il y avait sur la ferme même, tous les appareils à stérilisation nécessaires, glacières, etc. Tous les vaisseaux, filtres, bouteilles, etc., étaient stérilisés.

Le lait auquel on ajoutait un peu de sucre de lait, était embouteillé dans des bouteilles stérilisées et bouchées avec des bouchons stérilisés. Ces bouteilles de lait étaient alors plongées dans de l'eau glacée et une fois refroidies, placées dans des boîtes entourées de glace et expédiées immédiatement vers les dépôts de lait de la ville. Plus de 30,000 bouteilles de lait furent ainsi distribuées pendant la dernière saison.

Le docteur Goler comme on peut voir ne stérilisait pas le lait mais se contentait de le cueillir dans les meilleures conditions possibles d'asepsie, de le conserver dans des bouteilles stérilisées maintenues à une basse température. C'est peut-être là l'idéal à atteindre, mais il convient de se rappeler qu'il n'est pas toujours facile de faire une traite parfaitement aseptique, et puis, second inconvénient, le pauvre ne peut pas toujours se procurer de la glace pour conserver froide sa provision de lait des 24 heures.

Au début, le lait fut vendu au prix de un sou pour deux petites bouteilles de quatre à cinq onces chacune; un sou par chaque bouteille de huit onces. Plus tard, le prix de un sou fut demandé pour chaque bouteille grande ou petite. Le docteur Goler donne en détail ce qu'à coûté cette organisation. Je reproduis en entier tous les Items:

Loyer de quatre magasins pour neuf semaines chaque.	$ 76 00
Salaire de cinq "trained nurses," un aide régulier, et un aide supplémentaire, pour huit semaines et trois jours	537 74
Voitures de transport	37 00
Deux poêles à l'huile	16 00
Boîtes servant au transport du lait	7 20
Bois, clous, peinture	4 70
Glace pour chaque dépôt	24 00
Huile	11 27
Plomberie	26 36
Lait et glace pour la ferme	236 56
Bouteilles, bouchons, ustensiles de cuisine, savon, brosse, papier, etc	220 16
Total	$1 248 24

Je crois inutile d'ajouter que ces quatre dépôts ne demanderaient pas une aussi forte somme pour leur installation à Montréal.

Le docteur Goler, termine son intéressant article par l'exposé d'un système de surveillance des laitiers qui approvisionnent Rochester. J'en recommande l'adoption à notre excellent bureau d'hygiène municipal.

Tandis qu'en Europe, en France surtout, on prône le lait stérilisé, certains américains le décrient et préconisent le lait pur non stérilisé ni pasteurisé.

Dans le *New-York Medical Journal* (du 8 septembre 1900) le docteur George Thomas Palmer, de Chicago, prof. de pédiatrie au " Chicago Clinical School " et chargé de la " Trinity diet kitchen for infants " se déclare partisan du lait crû et donne les résultats obtenus à son dépôt de lait pour les pauvres. Pendant l'été il y eut 700 demandes de lait et de soins médicaux pour des enfants plus ou moins malades. La mortalité globale a été de trois, c'est-à-dire les $^3/_7$ de 1%.

Je me suis complù à citer cette dernière statistique pour démontrer une fois de plus ce que la distribution de lait aux pauvres peut faire pour abaisser la mortalité infantile.

Il me reste à vous dire ce que nous devrions faire pour notre ville si nous ne voulons pas être montrés au bout du doigt.

Avec sa population de 300,000 âmes, Montréal ne possède pas un seul hôpital d'enfants, pas une seule consultation de nourrissons! L'adulte pauvre, trouve lorsqu'il est malade, un bon lit dans un de nos hôpitaux; mais le bébé, l'enfant de 3 à 10 ans, n'y est pas reçu; il reste à la maison, souvent pour y mourir; pourquoi, parce que la famille est trop pauvre pour faire venir le médecin et acheter les médicaments nécessaires.

Je ne blâme personne, bien au contraire, de donner toute leur attention et leur argent pour la construction et l'entretien de refuges pour vieillards, mais je trouve inhumain le dédain avec lequel on traite ces petits êtres qui peuvent eux au moins, devenir utiles à la société! A qui la faute? Je ne tiens pas plus à définir les responsabilités, qu'à indiquer les remèdes capables de corriger ce malheureux état de choses. Mais je me permettrai cependant, de reprocher sévèrement au Gouvernement Provincial et à notre Conseil Municipal, leur trop grand désintéressement envers les œuvres de charités qu'ils abandonnent entièrement à l'initiative privé. Mais laissons pour le moment de côté ces considérations stériles, pour ne nous occuper enfin que de la fondation d'une consultation de nourrisson dans un de nos quartiers populeux. Ce projet est-il réalisable? Je le crois. Il me semble qu'avec l'aide de quelques dames charitables et la bonne volonté des médecins, il est possible de faire chez nous, ce qui réussit si bien ailleurs.

Nous pourrions par exemple placer un dépôt de lait dans la partie Est . Nous n'aurions pas sûrement à payer bien cher le loyer d'un magasin pour les mois de juin, juillet et août. Nous avons maintenant des compagnies sérieuses qui pourraient nous fournir le lait dont nous aurions besoin pour la distribution quotidienne. Les mères de bonne volonté seront vite attirées, et le succès aidant, nous aurons vite gagné même les plus arriérées et les plus entêtées d'entre elles.

Chaque enfant serait pesé toutes les semaines, et chaque jour la mère viendrait chercher la provision de lait des 24 heures. Ce lait *stérilisé* serait, suivant nos finances, réparti en un nombre de bouteilles correspondantes aux repas du nourrisson, ou bien, réuni en une seule bouteille, laissant à la mère le soin de prendre elle-même la quantité suffisante à chaque têtée.

Nous pourrons, encore, suivant nos moyens, distribuer le lait pur, ou dilué proportionnellement à l'âge de l'enfant.

Nous tâcherons de réaliser quelqu'argent par la vente du lait de chaque jour, à celles qui pourront payer. Ce petit revenu ajouté aux souscriptions volontaires suffiront facilement à l'entretien de ce dispensaire de nourrissons dont je souhaite de tout cœur, le fonctionnement pour l'été prochain.

PURPURA HÉMORRAGIQUE PAR AUTO INTOXICATION (1)

Par J.-A LESAGE
Docteur en médecine de l'Université de Paris. Professeur agrégé à l'Université Laval.
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

MESSIEURS,

J'ai l'honneur de vous présenter au nom de M. le docteur Gauthier et au mien, l'histoire clinique d'une malade que nous avons reçue et traitée dans notre service, à l'hôpital Notre-Dam, au mois de juillet dernier.

OBSERVATION. — Madame L... nous est envoyée de la campagne par son médecin pour un saignement considérable des gencives.

C'est une femme âgée de 44 ans, mère de huit enfants bien portants et dont les antécédents, tant héréditaires que personnels n'offrent aucun intérêt, si ce n'est une mère morte de phtisie il y a plusieurs années.

Depuis dix mois il y a suppression complète des menstrues: depuis cinq ou six jours elle saigne abondamment des gencives. Elle ne dort pas, mais son appétit est conservé. Habituellement constipée, elle n'a pas eu de selles depuis huit jours.

A l'examen, les tissus sont pâles, exsangues, les lèvres et les paupières sont décolorées; les gencives sont saignantes et exhalent une odeur fétide. La peau est mate et présente en différents endroits, face, bras, hanche, jambes, de larges plaques ecchymotiques de coloration différente, rouges, bleues, jaunes et à peu près symétriques. Les organes thoraciques et abdominaux ne présentent aucune lésion, si ce n'est la rate qui est légèrement augmentée de volume. Ses urines ne renferment ni sang ni albumine. L'intestin ne saigne pas.

La malade nous affirme qu'elle n'a jamais saigné d'aucune façon avant ce jour. L'examen du sang fait par M. Bernier a donné les résultats suivants:

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 4 décembre 1900.

	Etat pathologique.	Etat normal.
Globules rouges	3,626,200	4,500,000
Hémogloine..	53 o/o	100 o/o
Valeur globulaire.....	17	27
Globules blancs.....	13,950	7,000

L'ensemencement sur bouillon n'a pas donné de pousse; cependant l'interprétation en est douteuse. Nous avons eu un résultat quasi positif; mais nous nous sommes demandé si c'était bien du sang ou de la peau que provenaient ces coccus.

Comme apparence générale, la malade était très affaiblie. Le pouls, petit et rapide, atteignait le chiffre de 120 pulsations à la minute. La température qui était à 103° F., le deuxième jour, oscilla entre 102° et 101°, puis descendit graduellement pour atteindre le chiffre normal de $98^2/^5$ à partir du huitième jour.

Nous étions évidemment en face d'un cas de purpura à forme grave, mais de quelle nature?... A quelle cause devions-nous attribuer tous ces accidents hémorragiques?...

Le *scorbut?*...

Mais cette femme habite, à la campagne, une maison saine. Sa nourriture se compose de lait, œufs, pain, beurre, viandes bouillies, légumes, etc., en un mot tous aliments hygiéniques et de bonne qualité. Il n'y a pas lieu d'invoquer ici l'usage prolongé de viandes salées, conserves ou autres, qui jouent un rôle important dans l'étiologie de cette affection.

De plus, l'apparence de la langue et des gencives n'est pas celle que l'on rencontre dans le scorbut. Alors que, dans celui-ci, nous avons une langue très-épaisse, fendillée, des gencives saignantes, sanieuses et tuméfiées au point de recouvrir complètement les dents, le cas qui nous occupe en ce moment présente une langue plutôt normale comme volume et comme apparence générale; les gencives sont saignantes mais non tuméfiées au point d'attirer particulièrement l'attention.

Pour ces raisons, nous avons cru devoir rejeter le diagnostic de scorbut...

L'*hémophilie?*...

Nous ne voulons pas, Messieurs, entamer une discussion sur la valeur de ce syndrôme à qui on a voulu donner une place à part dans le cadre nosologique de la pathologie interne. Il nous faudrait remonter la longue chaîne des diathèses héréditaires;

chercher dans la constitution histologique des vaisseaux le *lieu de moindre résistance* transmis par les ascendants et occasionnellement amoindri par une hygiène mal comprise ou un surmenage continuel : il nous faudrait également étudier de très-près les fonctions digestives, (transformation chimique, absorption, etc.), dépister, dans certaines circonstances, la peptonurie, son action sur les éléments propres du sang et sur les extrémités

terminales des nerfs ; analyse l'influence nocive de certains poisons (leucomaïnes, etc.), sur les éléments cellulaires des organes de protection pour étayer des preuves démontrant que l'hémophilie n'est pas une maladie propre mais bien un symp-

tôme d'ordre général. Et ces considérations étiologiques nous conduiraient sans doute à une thérapeutique sinon curative dans tous les cas, du moins préventive.

Mais, pour l'instant qu'il nous suffise de dire que notre malade n'a jamais présenté d'accidents de cette nature à aucun moment de sa vie. Nous rejetons donc également l'hémophilie comme cause de ces accidents.

La *ménopause?...*

Oui, peut-être, si cette hémorragie locale et interstitielle était apparue durant les premières semaines qui ont suivi cet état nouveau: et encore, nous aurions raison d'être étonnés de la

gravité des accidents consécutifs. Mais voici une femme qui n'est pas réglée depuis 10 mois, et ce n'est qu'au bout de ce temps qu'elle saigne.

Nous ne pouvons nous prévaloir de cette cause et nous l'écartons volontiers.

Le purpura proprement dit?...

Mais nous savons que, si le symptôme hémorragique est le même dans la plupart des cas, les raisons étiologiques sont nombreuses et variées. D'une façon générale, le purpura sert à désigner les hémorragies de la peau.

Thivierge dans le Traité de Médecine le définit comme suit: " une série de manifestations cutanées dont les éléments, de coloration rouge où bleuâtre, d'étendue variable, non saillants où à peine saillants au-dessus du niveau de la peau, ne disparaissent pas par la pression; c'est un syndrôme dermatologique relevant de causes très diverses."

C'est à la diversité de ces causes que les auteurs s'adressent lorsqu'ils font une distinction entre les différentes sortes de purpura à savoir: 1° purpura apyrétique ou maladie de Werlhof; 2° purpura rhumatoïde; 3° purpura infectieux proprement dit.

Essayons de placer le cas qui nous occupe dans une de ces trois variétés.

1° *Purpura apyrétique ou maladie de Werlhof.* — " Dans le cours d'une santé parfaite, dit Thibierge [1], sans cause, ou après une émotion ou un traumatisme souvent léger, apparaît une hémorragie plus ou moins abondante, le plus souvent gingivale, quelquefois une épistaxis, plus rarement une hémorragie viscérale; au bout d'un jour ou deux, des pétéchies se montrent aux membres inférieurs, puis des ecchymoses plus larges, disséminées sur divers points du corps, en même temps que des hémorragies se font par diverses muqueuses; mais *il n'y a pas de fièvre* et la santé générale est peu atteinte. Au bout de huit à dix jours, rarement plus, les hémorragies cessent, l'état général redevient rapidement parfait et la malade guérit sans la moindre complication." Au point de vue pathogénique, " la multiplicité des hémorragies viscérales, dans cer-

(1) "Traite de Médecine," Charcot, Boisard, p. 838.

tains cas, paraît indiquer une altération sanguine; mais celle-ci est-elle d'origine infectieuse ou primitivement d'ordre clinique? Rien ne permet encore de trancher cette question."

Pouvons-nous, Messieurs appliquer cette description clinique à notre malade? Nous ne le croyons pas, pour deux raisons: 1° A cause de la symétrie des lésions que nous avons observées; 2° à cause de la fièvre qui a accompagné l'évolution de la maladie, et j'ajouterai, à cause du retentissement sur l'état général. Or, si vous vous rappelez qu'il n'y a ni fièvre, ni symétrie des lésions dans la maladie de Werlhof, vous concluerez avec nous qu'il faut chercher ailleurs le cadre qui lui convient.

2° *Purpura rhumatoïde?...*

Ce type spécial arrive surtout au printemps chez les sujets jeunes à tendance arthritique et névropathique. On l'appelle rhumatoïde parce qu'il coïncide quelquefois avec le rhumatisme vrai; mais Besnier prétend que c'est une erreur, et que, dans la plupart des cas de purpura, les localisations articulaires sont frustres, erratiques, contestables, au moins en tant que manifestations rhumatismales."

Néanmoins, ces accidents apparaissent à la suite de surmenage, de quelque nature qu'il soit. Il est parfois précédé de maladie anémiante.

Les douleurs articulaires sont quelquefois accompagnées d'œdème, mais on ne rencontre ni la réaction (rougeur) ni la mobilité des arthrites rhumatismales. Après un certain temps, tous ces troubles disparaissent sans laisser de trace.

Mais, signe important: "l'éruption du purpura rhumatoïde procède par poussées successives, revenant à intervalles irréguliers, dont les éléments se mélangent entre eux pour marbrer la peau de taches d'âge inégal. Ces poussées surviennent souvent sous l'influence de la fatigue, du surmenage, ou de la simple station debout. Il y a de la fièvre et l'évolution de la maladie se poursuit durant des semaines, quelquefois des mois. Au point de vue pathogénique, on a incriminé le système nerveux. médullaire ou ganglionnaire à cause de la symétrie des lésions et de la coexistence des manifestations articulaires, œdémateuses et gastro-intestinales.

L'apparence clinique de notre malade et l'évolution de la ma-

ladie ne nous permettent pas de penser au purpura rhumatoïde. En effet, ici, point d'œdème, point de douleurs articulaires, point de poussées successives, rapidité de l'évolution. Conclusion, point de purpura rhumatoïde.

3° *Purpura infectieux proprement dit?*

Deux types principaux ont été décrits.

Le premier, par Landouzy et Gomot, sous le nom de *typhus augeio-hématique* débutant par un frisson violent avec malaise général suivi d'hémorragies abondantes. La température est élevée, le visage exprime la stupeur, l'abattement; il y a de l'albuminurie, quelquefois de l'ictère et souvent la mort arrive à la suite d'une hémorragie abondante " ou lentement par les progrès de l'adynamie."

Le second, par Henoch, sous le nom de *purpura fulminans.* Il est fréquent, surtout chez les enfants qui succombent après quelques heures, plus rarement quelques jours.

Mais, à côté de ces formes spéciales, il y a le purpura qui accompagne quelquefois certaines maladies infectieuses ou parasitaires, et certaines intoxications médicamenteuses, cancer, tuberculose, fièvre typhoïde leucocythémie, infection paludéenne chronique, anémie pernicieuse, pellagre, ictère grave, urémie, *auto-intoxications;* arsenic, chloral, quinine, alcoolisme. " Survenant sans cause appréciable, s'installant sourdement, sans fracas, sans manifestations douloureuses accusées, sans fièvre ou avec un état fébrile modéré, ces variétés de purpura infectieux donnent lieu à une éruption de pétéchies ou d'ecchymoses irrégulièrement distribuées, généralement asymétriques occupant les membres, le tronc et la face en certaines régions seulement, accompagnées parfois d'un certain degré d'œdème périphérique. Des hémorragies viscérales infectieuses peuvent se produire; l'état général même peut devenir grave comme dans le typhus angeio-hématique.

Le plus ordinairement, malgré ces complications, la terminaison est favorable après un temps plus ou moins long suivant la nature de l'infection et la gravité de l'attaque. Voilà, Messieurs, la description classique de cette dernière variété. A titre de pathogénie on a invoqué ici un microcoque que l'on a pu cultiver et que l'on considère comme l'agent pathogène du purpura,

(Martin de Gimard) là un microcoque formé de grains isolés, (Tizzoni et Giovannini) ailleurs le microbe pyocyanique (Neuman). Hanot a rencontré le steptocoque, Claisse, le pneumocoque.

On conclut généralement qu'il n'y a pas d'agent pathogène spécifique au purpura. Cette description nous suffit, et nous croyons pouvoir affirmer que nous avons eu affaire à un purpura infectieux probablement dû au colibacille.

En effet, Messieurs, reportons-nous en arrière et étudions d'un peu plus près les faits que j'ai soumis à votre observation.

—Nous voyons que Madame L... arthritique est névropathe par hérédité, est habituellement constipée; il lui est arrivé assez souvent d'être restée huit jours sans aller à la selle, c'est ce qui est arrivé dans les jours qui ont précédé son purpura. Ses digestions sont mauvaises; elle a souvent des nausées; de temps en temps elle fait une poussée de sub-ictère; puis tout rentre dans l'ordre à la suite d'une bonne évacuation. Dès lors il devient facile d'expliquer cette attaque subite de purpura.

Son intestin se ferme, le vase clos est réalisé. L'infection commence; peu à peu la virulence augmente, les toxines s'élaborent, passent dans le sang qu'elles altèrent dans ses éléments constitutifs... Les globules rouges diminuent et changent de formes, les globules blancs augmentent en nombre par contre-réaction des organes hémato-poiétiques. La valeur globulaire diminue, le pourcentage de l'hémoglobine s'abaisse quelquefois à un chiffre alarmant. La nutrition est compromise. Les centres médullaires ou glanglionnaires sont atteints, les vaso-moteurs sont affectés à leur tour, les capillaires cèdent, l'hémorragie se produit. C'est alors que la thérapeutique intervient.

— L'intestin se vide, les toxines sont éliminées au dehors, le foie reprend ses fonctions: tout rentre dans l'ordre. C'est précisément ce qui s'est passé chez notre malade.

Traitement. — Trois symptômes principaux attiraient notre attention:

1° L'hémorragie; 2° la pseudo-occlusion intestinale; 3° l'altération sanguine.

1° *Contre l'hémorragie,* le symptôme le plus alarmant, nous avons ordonné (*a*) le repos complet au lit dans le décutitus dor-

sal; (*b*) injection sous-cutanée de sérum gelatinisé à 5% 30 grammes dans le flanc, le jour même de son entrée à 5 hrs p.m.; (*c*) gargarismes au chlorate de potasse à 2% toutes les demi-heures pour faire la désinfection de la bouche.

Le lendemain, la malade ne saignait presque plus. Nouvelle injection de 30 grammes de sérum gélatinisé;

2° *Contre la pseudo-occlusion intestinale infectieuse,* nous opérons par le calomel 0 gr. 75 cent. Scammonée 0 gr. 50 cent. en une seule dose à jeun, suivie, une heure après de 20 gr. sulfate de magnésie. La malade a plusieurs selles abondantes non sanguinolentes. Régime lacté absolu: lait bouilli, eau de vichy, eau de chaux.

Le lendemain l'amélioration se continue. Benzo-naphtol 0 gr. 50 cent. toutes les trois heures.

Le quatrième jour, nous prescrivons;

3° *Contre l'altération sanguine:*

Protoxalate de fer 0 gr. 25 cent.

Phosphate de soude 0 gr. 20 cent.

Pour un cachet ou une poudre:

Trois cachets par jour avant les repas.

Peu à peu la malade reprend ses forces, les ecchymoses disparaissent graduellement, les gencives s'améliorent, la malade peut s'alimenter mieux, les muqueuses des lèvres et des paupières se colorent faiblement et la malade quitte l'hôpital, le 14e jour de son entrée, complètement rétablie.

Voilà en quelques mots l'histoire clinique d'une malade qui nous a vivement intéressés. Après les premiers moments d'hésitation en face de cette affection assez rare, nous avons cherché le point de départ dans l'intestin. Le traitement d'abord et l'évolution de la maladie ensuite semblent nous avoir donné raison.

Néanmoins, si quelques-uns parmi vous croient à la possibilité d'un autre diagnostic au point de vue étiologique nous serons heureux d'en entendre l'exposé avec les sugestions qu'il comporte.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES PLEURÉSIES

L'on admet de nos jours avec le prof. Landouzy, Kelsch, Vaillard, Granger et autres, que toute pleurésie qui ne fait pas sa preuve est de nature tuberculeuse. L'on dit qu'une pleurésie prouve qu'elle n'est pas tuberculeuse, quand elle est secondaire à une infection étrangère à la tuberculose et qu'elle est manifestement le résultat d'une maladie infectieuse, telle que la grippe, la fièvre typhoïde, la pneumonie, etc.

Il y a plus, certaines pleurésies séro-fibrineuses, se produisant au cours où à la suite d'une maladie déterminée, sont souvent des infections mixtes de la plèvre et l'on y retrouve le microbe de la maladie primitive associé au bacille de Koch.

Comment se fait-il alors que la plupart des pleurésies guérissent? La raison en est bien simple, c'est que les tuberculoses des séreuses ont une tendance naturelle à guérir. Les guérisons de péritonites tuberculeuses sont fréquentes et, le repos au lit, une bonne hygiène, quelques doses d'un antithermique suffisent dans bien des cas de pleurésies séro-fibrineuses pour enrayer la marche de cette maladie. La résorption se fait ensuite amenant définitivement une guérison relative.

Nous disons relative car bien que la formation des tubercules soit définitivement arrêtée dans la plèvre, Bernutz et Jeanny, Aloïs Mayor, Ricochon ont montré qu'un grand nombre de pleurétiques deviennent plus tard des tuberculeux.

Nous ne pouvons pas prétendre guérir la pleurésie au moyen d'un traitement médical, du moins au moyen des traitements employés jusqu'ici, ayant tous pour but d'empêcher la formation du liquide dans la plèvre, ou de favoriser la résorption de ce liquide après que l'épanchement est constitué, (sudorifiques, purgatifs, diurétiques, etc.).

Nous devons, dans la pleurésie considérer deux choses: l'é-

panchement et la cause de cet épanchement, c'est-à-dire la lésion tuberculeuse. La thoracentèse contre l'épanchement est toute-puissante. Contre la lésion tuberculeuse de la plèvre l'expérience a démontré que le traitement général de la tuberculose reste le seul raisonnable et le seul efficace que nous puissions mettre en action. Nous devons traiter les pleurétiques comme des tuberculeux. Les moyens hygiéniques et médicamenteux que nous devons adopter sont ceux-là mêmes que nous employons quand la tuberculose s'attaque primitivement au poumon sans toucher la plèvre.

Nous diviserons avec Robin les pleurésies en trois grandes classes d'après la pathogénie, et nous garderons cette division pour en faire le traitement :

A. — Pleurésies séro-fibrineuses ;
B. — Pleurésies hémorragiques ;
C. — Pleurésies purulentes.

A. — Pleurésie séro-fibrineuse — Traitement médical.

G. Lyon, dans son traité de *Clinique thérapeutique, 1899*, ne mentionne la saignée générale comme traitement de la pleurésie séro-fibrineuse que pour dire qu'elle est aujourd'hui fort heureusement abandonnée. Dans le grand traité de thérapeutique appliquée publié sous la direction de A. Robin, la saignée générale et les saignées générales multiples sont également condamnées. L'on s'accorde à dire, cependant, que les saignées locales au moyen de ventouses scarifiées sont utiles contre le point de côté.

Pour ce qui est de la médication révulsive, Lyon rejette absolument le vésicatoire.

Strauss, Lecorché, Lancereaux, Albert Robin, Huchard, Rigal, Tapret, Cuffer, Dujardin-Beaumetz se prononcecnt nettement en faveur du vésicatoire. Il faut toutefois, pour que la révulsion locale soit réellement efficace, qu'elle soit faite au début de la maladie, à cette période caractérisée par la vaso-dilatation des capillaires pleuraux, le point de côté et la fièvre plus ou moins intense. La vive inflammation *substitutive*, créée par le vésicatoire, pourrait peut-être empêcher l'épanchement de se produire ou aider à sa résorption. Il est inutile de donner au

vésicatoire de trop grandes dimensions: 12 x 10 centimètres suffisent, et 8 à 10 heures seront le maximum de temps de l'application.

Quand les ventouses scarifiées, ou le vésicatoire n'auront pas fait disparaître la douleur, l'on aura recours aux injections hypodermiques de morphine.

Les Anglais et les Allemands emploient le calomel, comme traitement dérivatif, les effets de cette médication sont lents et très incertains.

Les diurétiques, scille, digitale, l'acétate et le nitrate de potasse, les stigmates de maïs, etc., etc., " constituent une médication infidèle et capricieuse, et dit M. Widal, ne provoquent pas de diurèse véritable dans la plupart des cas; lorsque les urines sont augmentées, ce n'est jamais que passagèrement, pendant deux, trois et quatre jours au plus et sans qu'on puisse noter dans l'immense majorité des cas, une diminution coïncidente ou consécutive de l'épanchement... Seuls, le régime lacté et les alcalins nous ont fourni une diurèse quelque peu soutenue, sinon toujours effective."

Un pleurétique soumis au *régime lacté absolu* pendant les deux ou trois premières semaines, quelle que soit d'ailleurs la médication suivie, sera dans les meilleures conditions de résorption de son épanchement. Nous serions même d'avis de ne pas prolonger outre mesure ce régime et de recourir le plus tôt possible, au moins dans les pleurésies douteuses au régime alimentaire généreux ou suralimentaire conseillé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Il faut se rappeler, ajoute Widal, qu'une substance n'est diurétique qu'autant qu'elle augmente les urines, au moins, de 500 à 1000 grammes par jour.

Des purgatifs, on a tantôt utilisé les drastiques, tantôt les purgatifs légers (sulfate de magnésie, huile de ricin). C'est une illusion de croire que l'on peut réduire un épanchement au moyen des drastiques et cette méthode n'est pas sans dangers. L'on devra donc s'en tenir aux purgatifs légers si l'indication d'une purgation se présente.

Les diaphorétiques et en particulier le jaborandi (infusion) tenté il y a une huitaine d'années par Gubler, Albert Robin,

J. Grasset en 1876 et autres, semblent peu à la mode de nos jours. Rigal, interviewé en 1892, mentionne sans y attacher trop d'importance les injections sous-cutanées de pilocarpine à la dose d'un demi à deux centigrammes tous les trois ou 4 jours. Il n'insiste pas trop sur cette pratique à laquelle il associe, dans une large mesure, la révulsion cutanée et les diurétiques, jusqu'au moment où surgissent les indications de la thoracentèse. Heichhorst dit qu'il a recours depuis quelque temps aux injections sous-cutanées de pilocarpine et qu'il en retire des effets surprenants.

Le jaborandi d'autre part expose à des accidents: collapsus, syncope. Il est conséquemment formellement contre-indiqué chez les cardiaques avancés, chez les pleurétiques à épanchement gauche très abondant. Le traitement par la pilocarpine ou l'infusion de jaborandi ne peut donc pas être érigé en traitement systématique régulier des pleurésies séro-fibrineuses. Cependant il y aurait certaines indications particulières à son emploi: v. g. au cours d'une pleurésie datant de plusieurs semaines, chez un malade vigoureux, alors qu'après plusieurs médications et même plusieurs thoracentèses il reste un épanchement modéré et tenace, l'on pourra essayer de dessécher complètement la plèvre par une ou plusieurs doses de jaborandi ou de pilocarpine, administrées prudemment à deux ou trois jours d'intervalle.

Les antipyrétiques, *sulfate de quinine*, antipyrine, etc., etc., ont peu d'action sur la température et n'en ont pas du tout sur l'épanchement.

Il faut faire exception cependant en faveur du *salicylate de soude*. Ce médicament d'abord employé et vanté par Aufrecht en 1883, a depuis été utilisé par un grand nombre de médecins contre la pleurésie rhumatismale en particulier et aussi contre toutes les pleurésies sans distinction d'origine. Dans plusieurs cas, d'origine différente, la résorption rapide de l'épanchement a coïncidé avec l'administration du salicylate.

Pour Titz, les préparations salicylées sont le véritable spécifique de toutes les inflammations pleurales. Le salicylate de soude se montre surtout efficace quand il est employé au début de la pleurésie. On a essayé comme explication de l'action du

salicylate, d'invoquer le fait que l'acide salicylique s'éliminant à travers la plèvre exerce une action anti-microbienne directe, au niveau de la surface pleurale.

Quoiqu'il en soit, il n'y a pas à nier l'action de ce médicament au cours de la pleurésie séro-fibrineuse.

Les solutions sont préférables aux cachets. Les doses faibles manqueraient d'efficacité et l'on devra donner de 4 à 6 grammes 1 à 1½ drachme par jour.

Je ne ferai que citer le traitement de la pleurésie par le massage tel que pratiqué par Murray de Stockholm. C'est un moyen peu pratique en somme et qui dans tous les cas ne me paraîtrait utile que comme traitement adjuvant dans les ancieus épanchements. Kemper, partisan de cette méthode, la trouve contre-indiquée dans les pleurésies récentes.

Vollaud préconise justement un moyen de traitement absolument opposé au précédent. Dans quatre cas d'épanchement pleurétique aigu. Vollaud a essayé de l'immobilité absolue.

Les malades restèrent couchés sans faire le moindre mouvement. Alimentés à la cuiller, ils satisfaisaient les besoins naturels dans un bassin plat glissé avec les plus grands ménagements. Sous aucun prétexte ils ne devaient se redresser dans leur lit, on s'abstenait même de pratiquer l'auscultation ou la percussion.

Sous l'influence exclusive du repos, la fièvre disparut rapidement dans tous les cas, le plus long délai fut de 8 jours, pour un cas de pleurésie aiguë d'origine tuberculeuse. Après huit jours il ne restait plus dans la plèvre des malades de Vollaud, qu'un peu de liquide qui disparaissait aussi quelques jours plus tard.

Enfin, l'on tenta des injections de liquide stérilisant dans la plèvre infectée et cette méthode sembla d'abord promettre des effets insoupçonnés jusque-là. Tiendra-t-elle ses promesses?

Potain, en 1898, rapporte des cas d'épanchement traités par lui au moyen d'injections d'air stérilisé dans la plèvre et insiste sur l'importance de tenir cette séreuse antiseptique.

La même année Renaut, de Lyon, traita un épanchement au moyen de liqueur de Van Swieten en injections dans la plèvre.

Peu de temps après Moizard rapporta deux observations de pneumothorax traités, l'un avec succès, par la teinture d'iode,

alcool à 60° et iodure de potassium au 10° à parties égales, injections intrapleurales de 30 grammes.

Bouchard, en 1888, dans ses leçons consacrées à l'antisepsie, insiste sur le parti qu'on peut tirer des injections antiseptiques dans les cavités séreuses. Fernet, vers le même temps, rapporte plusieurs cas de pleurésies séro-fibrineuses, traitées par les injections antiseptiques, et conclut en disant : " il me semble que la pratique des injections intra-pleurales, on peut dire des injections intra-séreuses en général, constitue une médication d'avenir.

Les liquides injectés, sont surtout la liqueur de Van Swieten à dose moyenne de 5 grammes et 7 gr. 50.

On s'est aussi servi de solutions de Naphtol, de teinture d'iode, de chloral, etc.

Un grand nombre d'antiseptiques pourraient être employés dans ce but.

Contre l'épanchement tenace enfin nous devons pratiquer la thoracentèse. Ce moyen de traitement, qui n'est plus exclusivement du domaine de la médecine, mais qui entre dans la pratique chirurgicale, sera étudié plus tard.

H. HERVIEUX.

(A suivre)

L'HYGIÈNE AU CONGRÈS DE PARIS

(Suite)

HYGIÈNE URBAINE.

Atmosphère des villes. — Après avoir pratiqué de nombreuses analyses de l'atmosphère de Paris, MM. Gauthier et Gréhant se croient autorisés à formuler les conclusions suivantes:

" Les causes d'insalubrité d'origine chimique, industrielles ou ménagères, sont, pour les villes, bien moins redoutables qu'on aurait pu croire *a priori:* tout en étant rejetés par nos usines et nos foyers en volumes énormes, l'acide carbonique et l'oxyde de carbone n'ajoutent à l'atmosphère des grandes cités que de faibles proportions de ces gaz offensifs, proportions presque insignifiantes, restant à la limite de nos moyens d'investigation et de dosage. Mais de nombreuses causes locales peuvent accumuler momentanément ces gaz sur place, dans certains quartiers, certaines maisons, autour des grandes usines, de grandes agglomérations, ou bien, dans les locaux fermés, mal ventilés, chauffés irrégulièrement.

En enlevant sa transparence à l'air, les fumées contribuent à faire disparaître cet aspect artistique et élégant qui n'est pas sans contribuer, pour sa part, à la satisfaction générale des habitants et, par conséquent, à leur santé.

A la suite de ce rapport, le Congrès a conclu que les fumées noires, épaisses ou prolongées sont malsaines.

Aération et éclairage des villes. — L'homme, par lui-même et par les matières usées qu'il rejette, vicie l'air qui l'environne. Le maximum de viciation s'accroît quand plusieurs personnes habitent un même logement; des logements contigus ou superposés augmentent encore le danger. La ville est un assemblage d'îlots remplis d'habitants victimes d'atmosphères viciées.

Le remède à cet état de choses est de diminuer la surface et la hauteur des maisons, entre de larges voies publiques, de vastes cours et de grands jardins.

On reconnait par une épure géométrique que les intérieurs des maisons sont bien éclairés dans les rues bordées de maisons

dont la hauteur ne dépasse pas les deux tiers de la largeur de la voie. On reconnaît de même que la hauteur des étages ne devrait pas être moindre que les deux tiers de la profondeur des pièces habitées et que la baie d'éclairage devrait porter sa hauteur jusqu'à celle de l'étage.

Pour que l'*ensoleillement* soit à son maximum il faut que la largeur des rues méridiennes soit égale à deux fois un tiers la hauteur des maisons, et que celle des rues équatoriales soit de quatre fois la hauteur des maisons.

Ce sont là des principes bien difficilement applicables dans les villes, mais ce que l'on peut demander, c'est que les règlements de voierie tendent à élargir au maximum les rues et à diminuer la hauteur des maisons.

Hygiène des habitations. — A propos des habitations, M. Pucez, pose les règles d'hygiène suivantes, fort bonnes en théorie, mais peut-être plus difficile à faire accepter du public, comme le fait remarquer le docteur Reille.

1° *Communs.* — Les communs doivent être situés à une distance de 50 à 100 mètres et sous le vent de la maison; les écuries doivent être isolées et bien ventilées, les fumiers doivent être déposés dans une fosse étanche et être enlevés souvent.

2° *Construction des habitations.* — La maison doit être élevée sur des caves aérées et construites en matériaux imperméables. Les pièces d'habitation doivent de préférence être placées sur la face de la maison exposée aux vents dominants et aux rayons du soleil. Toutes les pièces devront être largement aérées. Les W.-C. (un pour six personnes) devront être isolés et aérés, avoir au moins 2 mètres carrés de superficie et être munis d'appareils en faïence, et abondamment pourvus d'eau.

Les cuisines devront être éloignées des pièces d'habitation; le fourneau devra être muni d'une hotte, avec tuyau de ventilation pour l'évacuation des buées.

3° *Aménagement intérieur.* — Les plafonds seront à solives apparentes, les parquets ne présenteront aucune fissure entre les lames, les angles rentrants seront évités.

Les tentures d'étoffes aux fenêtres et sur les murs seront proscrites, ainsi que les papiers veloutés; autant que possible, les murs seront peints. Les tapis seront fixés par des fiches à

douilles et non cloués. Dans les chambres à coucher, pas de rideaux compacts ni de ciel de lit.

Enfin, tout ce qui constitue un obstacle au bon entretien et favorise l'accumulation des poussières, tout ce qui empêche la pénétration de la lumière et le renouvellement de l'air, doit être évité.

4° *Maisons à loyer.* — Le sous-sol sera imperméabilisé. Toutes les pièces devront être suffisamment éclairées. La capacité des chambres sera d'au moins 40 mètres cubes. Chaque pièce doit avoir une cheminée formant appel placée en face de portes et des fenêtres.

Les W.-C. auront au moins 2 mètres carrés et seront munies d'appareils en faïence et autant que possible munis du système à siphon, avec chasse d'eau.

Les cuisines seront éloignées des chambres et séparées de l'appartement par un office.

Ordures ménagères. — Les ordures ménagères fermentent rapidement et sont un excellent milieu de culture pour les germes. Leur enlèvement rapide est donc indispensable.

1° *Collecte.* — A Paris, les règles suivantes sont suivies: " Il doit y avoir dans chaque habitation un récipient en tôle galvanisée et muni d'un couvercle, facilement transportable, placé dans la cour ou sous un abri bien aéré; ce récipient recevra tous les soirs les ordures de la journée et sera déposé sur le trottoir de l'habitation, chaque jour, avant l'heure où passent les voitures d'enlèvement."

2° *Enlèvement.* — Le balayage des rues doit être pratiqué après arrosage et fait avant l'enlèvement des ordures; le résidu est poussé à l'égoût. Les voitures servant à l'enlèvement doivent être étanches, faciles à désinfecter et seront lavées chaque fois qu'elles auront servi; le chargement ne doit, en aucun cas, dépasser le bord supérieur de la voiture.

Cet enlèvement doit être pratiqué avant neuf heures en été, dix heures en hiver.

3° *Traitement final.* — Les dépôts de gadoue peuvent devenir une grande cause d'insalubrité. Ils ne doivent pas être placés en tous cas dans le voisinage des habitations.

Toutes les fois que les conditions agricoles s'y prêteront, on

pourra recourir à l'emploi direct de la matière pour l'agriculture à la condition d'un enlèvement et d'un transport rapides.

Dans le cas contraire, on aura le choix entre les procédés d'incinération ou de dessication, et ce choix pourra se déterminer d'après la nature de la gadoue et le prix de vente qu'on pourra espérer de l'engrais préparé par le second système.

Assainissement de l'intérieur des maisons. — MM. Lacan et Masson terminent leur rapport par les conclusions suivantes :

I. La salubrité dans la maison dépend non seulement de l'aération et de l'éclairage des chambres, mais encore de la disposition et de la propreté des cabinets d'aisances. Un seul cabinet, un seul appareil mal agencé ou tenu malproprement suffit pour infecter une maison toute entière.

II. L'eau potable doit être mise largement dans tous les établissements à la disposition des habitants. Les filtres domestiques, quand il est nécessaire d'y recourir, doivent être d'un entretien facile. Un bon filtre purifie l'eau en même temps qu'il la clarifie.

III. Les pièces composant un logement doivent être ventilées. On doit y respirer l'air le plus pur puisé immédiatement à l'extérieur et introduit par les voies d'accès les plus diverses sans qu'il en résulte aucune gêne pour les occupants.

IV. Il serait à désirer que les ordures ménagères fussent détruites au fur et à mesure de leur production. A défaut, les boites destinées à les contenir doivent être imperméables, étanches et fermées. Il faut qu'elles soient nettoyées et désinfectées le plus souvent possible.

V. Les cabinets d'aisances doivent être alimentés soit par réservoirs, soit par tout autre appareil branché sur la canalisation d'eau, et le volume des chasses doit être suffisant pour laver la cuvette en renouvelant l'eau du siphon et pour entraîner toutes les matières jusqu'à l'égoût public. Il est recommandé de placer immédiatement au-dessous de la cuvette un siphon obturateur qui aura pour effet d'intercepter toute communication entre l'atmosphère impure des tuyaux de chute et l'air de l'habitation et d'empêcher, dans la mesure du possible, la projection de corps étrangers qui obstrueraient la canalisation.

VI. L'assainissement d'une maison comporte l'évacuation

immédiate et sans stagnation de toutes les eaux usées vers la canalisation publique chargée de les recueillir. Il est indispensable de pourvoir d'une occlusion hydraulique permanente (siphon) tous les orifices de décharge des eaux usées (éviers, vidoirs, postes d'eau, lavabos ou toilettes, bains, entrées d'eau dans les cours, etc...) avant leur raccordement sur les tuyaux de descente ou sur la canalisation.

VII. La canalisation de l'immeuble comporte les chûtes, les descentes d'eaux pluviales et ménagères et la conduite qui relie l'égoût public. Cette conduite, établie sur toute la pente disponible, est directement raccordée à l'égoût public, sans l'intermédiaire d'un siphon. Les chûtes et descentes reliées à la canalisation sont prolongées au-dessus du toit pour assurer la ventilation de tous le système.

VIII. Les travaux de plomberie, tant pour l'adduction de l'eau d'alimentation que pour l'évacuation des matières de vidanges et des eaux usées dans l'intérieur de l'habitation, doivent être l'objet de soins tout particuliers. Les installations doivent être telles que la distribution de l'eau (branchements, colonnes montantes, etc...) ainsi que les appareils hydrauliques (réservoirs ou appareils de chasse, cuvettes, siphons, etc...), les chûtes et les descentes d'eaux ménagères soient complètement à l'abri de la gelée.

Hygiène prophylactique.

Déclaration obligatoire des maladies. — MM. Vallon et Martin étudient la question dans un travail dont nous donnons l'extrait suivant:

Pour les maladies pestilentielles dites exotiques, telles que le choléra, la fièvre jaune, la peste, la lèpre, etc., l'accord est unanime dans tous les pays; la déclaration a été ordonnée sans difficultés; mais pour les maladies transmissibles et communes, il n'en est plus de même. La déclaration de la variole, de la fièvre typhoïde sous ses diverses applications, de la scarlatine, de la diphtérie, même de la coqueluche, de la dysenterie confirmée, de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés est assez généralement acceptée. Il n'en est plus de même pour la rougeole et surtout pour la tuberculose.

La faible vitalité du germe rubéolique, la précocité et la caducité rapide de la virulence de la rougeole ont fait assez généralement écarter cette affection sur les listes des maladies dont la déclaration doit être faite à l'autorité publique. Toutefois, on s'est bientôt aperçu qu'il y aurait danger à laisser le public croire ainsi qu'il n'y a pas de précautions à prendre contre la contagion de la rougeole. La désinfection, si elle n'est pas immédiatement utile contre la rougeole elle-même en raison de la précocité de la contagion, est tout au moins de nature à enrayer et prévenir la propagation de ses complications. Aussi l'Académie de Médecine de Paris a-t-elle émis le vœu, le 27 février dernier, que la rougeole fut inscrite sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en vertu de la loi française du 30 novembre 1892. Cette prescription était déjà appliquée aux colonies françaises, car l'on sait quels ravages font les maladies infectieuses et transmissibles lorsque leurs germes sont importés au milieu de populations neuves qui n'en ont encore jamais subi les atteintes, et qui n'ont peut-être pas l'immunité relative qu'une série d'atteintes à transmise à la race.

Pour la tuberculose, nous devons reconnaître que la question de la déclaration est encore aujourd'hui très contestée. Résumons les arguments de ses adversaires et ceux de ses partisans.

Les premiers font observer que :

1° La déclaration du médecin fera chasser d'un atelier ou d'une administration un malade qui désormais mourra de faim. Le malade n'appellera plus le médecin, ou s'assurera qeu celui-ci gardera le secret ;

2° Si la déclaration faite à l'autorité reste confidentielle et si l'autorité ne révèle rien au patron ou à l'administration qui emploie le malade, à quoi sert de faire la déclaration, puisqu'elle ne protègera pas la collectivité menacée ;

3° Quel médecin oserait déclarer à l'autorité qu'une jeune fille du monde, vivant dans sa famille, est tuberculeuse ?

4° Le " Local Government Board " et Thorne-Thorne ont déclaré en 1898 (*Public Health*, décembre 1898, p. 205) que la déclaration de la phtisie leur paraît inapplicable ;

5° Qu'est-ce que l'autorité, après la déclaration, fera de plus que ce que pourrait faire ou conseiller le médecin traitant sans

recourir à la déclaration? L'autorité enverra une instruction et peut-être un crachoir; le médecin habituel ne pourrait-il pas être chargé de distribuer gratuitement ce dernier à ceux de ses malades qui ne seraient pas disposés à en acheter?

6° La déclaration obligatoire implique le sanatorium obligatoire; est-on en mesure de le fournir et de l'imposer?

7° La déclaration n'est pas applicable à une maladie qui dure parfois un très grand nombre d'années; elle n'est acceptable que pour des affections, comme la diphtérie, la scarlatine, etc., dont la période dangereuse ne dure que des jours ou des semaines. Si le tuberculeux guérit ou cesse d'être dangereux, il restera toute sa vie pourvu d'un casier, non judiciaire, mais sanitaire. Pourquoi ne pas aller jusqu'à l'empêcher de se marier, comme quelques-uns le demandent?

Telles sont les objections; la réponse à y apporter est la suivante:

1° On ne parle pas de déclarer tout cas de tuberculose, mais seulement les malades dangereux, soit parce que leur tuberculose est *avérée, ouverte*, soit parce qu'ils ne sont ni disposés à se soigner, ni capables de le faire; la mesure s'applique surtout aux récalcitrants, aux inconscients, à ceux qui menacent les *collectivités* au milieu desquelles ils vivent sans prudence et sans soins; dans les ateliers, les écoles, à la rigueur même, et en des cas exceptionnels, dans la famille, etc.;

2° La déclaration est faite à l'autorité, non au patron, et ne concerne que le malade dans son logement et sa famille;

3° Sans doute des indiscrétions, qui ne seront pas le fait du médecin, sont possibles, et le phtisique en pourra souffrir; mais actuellement les voisins d'atelier, de bureau, les écoliers, les conjoints et parents qui habitent le logement commun, ne souffrent-ils pas davantage d'une promiscuité dont le plus souvent ils ne soupçonnent pas le danger?

4° La déclaration permettrait de faire désinfecter tout logement devenu vacant par le départ ou le décès d'un tuberculeux, avant de louer à un autre. Dans la plupart des cas, c'est la municipalité qui fera faire gratuitement cette désinfection. De quel droit en effet imposerait-on cette dépense, d'ailleurs minime, au propriétaire?

5° Une loi, sur le point d'aboutir en Suède et en Norvège, va rendre obligatoire la déclaration de la tuberculose; la déclaration aura pour effet l'envoi du médecin sanitaire qui vérifiera la souillure ou l'insalubrité du logement et y fera faire les améliorations indispensables; l'hospitalisation pourra même être imposée dans les cas exceptionnels où elle sera nécessaire, comme elle l'est déjà dans la pratique pour la plupart des maladies contagieuses. Cette loi sera bien acceptée en Norvège par le public, nous dit M. Axel Holst, prof. d'hygiène à l'Université de Christiania (*Revue d'Hygiène*, mars 1900, p. 250);

6° En résumé, la déclaration ne serait pas imposée au médecin dans tous les cas de tuberculose, comme elle l'est, par exemple, dans tous les cas de diphtérie. Elle ne le serait que " lorsque le médecin jugerait que le malade est véritablement dangereux pour son entourage ", soit par l'étendue des lésions et la projection au dehors des bacilles de Koch, soit par l'insuffisance des précautions prophylactiques qu'il est capable de prendre.

En Allemagne, le 30 juin 1900, fut promulguée une loi destinée à combattre les maladies contagieuses offrant un danger général. Les moyens de prophylaxie prévus sont les suivants:

1° Mise en observation des personnes malades ou suspectes;

2° Isolement des personnes malades ou suspectes;

3° Limites imposées dans une certaine mesure à l'exploitation commerciale et industrielle, ainsi qu'aux grands rassemblements d'hommes;

4° Limites à la fréquentation des écoles;

5° Limites à l'usage de certaines installations favorables à la propagation de la maladie;

6° Evacuation de certains logements;

7° Désinfection;

8° Destruction de la vermine et des animaux pouvant propager des maladies;

9° Traitement des cadavres.

E. P. Benoit.

BOSTON MEDICAL
MAR 22 1902
LIBRARY.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 4 décembre 1900.

Présidence de M. HERVIEUX.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Présentation de pièces anatomiques par le docteur J. A. GRAVEL.

— MM. je vous présente les pièces anatomiques d'un malade qui a succombé au cours d'une appendicite. A son entrée à l'hôpital, le diagnostic de fièvre typhoïde a été fait malgré le résultat négatif du séro-diognostic. L'autopsie a démontré qu'il s'agissait d'une appendicite à type remontant avec phlegmon rétro-cocal, le foie était farci d'abcès miliaires. Je soumets à votre examen les pièces anatomiques d'une autre malade qui est morte dès son entrée à l'hôpital. C'était une alcoolique qui a succombé à une hémorragie considérable du cerveau. Comme vous le constaterez à l'examen de ce cerveau, le caillot, qui a le volume d'un gros œuf de poule, remplissait le ventricule droit et avait détruit une grande partie de la substance cérébrale avoisinante.

Communication.

— *De la mortalité infantile et des moyens de la réduire*, par le docteur J. E. DUBÉ, (Voir plus haut).

— *Discussion:* M. DE GRANDPRÉ, je félicite M. le docteur Dubé du choix de son sujet. Il n'est pas, dans toute la médecine, un champ plus vaste que celui que nous offre l'hygiène infantile. Il n'est pas de travail plus pratriotique que celui qui tend à diminuer la mortalité des enfants.

Autant de jeunes êtres arrachés à la mort, autant de sujets

conservés à la société, autant de canadiens de plus qui devront plus tard contribuer au développement du pays.

Et il faut bien remarquer qu'il est possible de prévenir la plupart des maladies auxquelles succombent les nourrissons. Les affections les plus fréquentes sont celles des voies digestives, en été; et celles des voies respiratoires, en hiver. Ce sont les infections des muqueuses qui prédominent. Les séreuses à l'exception des méninges, sont rarement prises d'emblée. Les pleurésies sont souvent consécutives aux affections du poumon. Le cœur des enfants au-dessous de 3 à 4 ans, n'est presque jamais touché.

A Montréal 50 à 55% des enfants meurent avant l'âge de cinq ans; dix pour cent meurent durant les premiers mois de la vie.

A New-York, la mortalité des enfants jusqu'à l'âge de cinq ans est de 40 à 45%. N'est-ce pas que c'est énorme? C'est un véritable massacre des innocents.

Et, malheureusement, les statistiques recueillies dans quinze des principales villes d'Europe indiquent que la mortalité infantile a augmenté d'une façon constante durant les vingt dernières années. C'est dû, probablement, au changement dans les conditions sociales et économiques de l'existence. Les mères dans les grands centres sont souvent obligées de travailler dans les usines et les ateliers: de là, négligence des enfants et alimentation artificielle. Puis, grâce à la densité de la population et à l'agglomération dans les *Tenements Houses*, les conditions hygiéniques, en ce qui concerne les habitations, deviennent de plus en plus défectueuses. J'en appelle à votre expérience, Messieurs, n'est-ce pas qu'il est exeessivement rare de trouver un enfant parfaitement sain, qui aura été élevé dans ces sortes d'habitations, dans ces *tenements houses*, et qui de plus aura été nourri artificiellement.

Et dans les grandes villes, pas plus d'un tiers des mères allaitent leurs enfants.

Dans ces conditions il ne faut donc pas s'étonner de rencontrer tant d'infections intestinales et tant de désordres provenant d'un vice de nutrition, tels que rachitisme, scorbut, etc., etc. Ici, permettez-moi de vous faire remarquer que les maladies

causées par une alimentation défectueuse, comme le rachitisme, ne sont pas l'apanage exclusif des pauvres. Les enfants des riches souffrent plus fréquemment peut-être de rachitisme que les enfants pauvres.

Pour enrayer le fléau de la mortalité excessive chez les enfants, il faut le concours du public, du médecin, du gouvernement. Le public doit se renseigner sur les questions d'hygiène infantile, le médecin doit s'efforcer d'en proposer les notions, le gouvernement doit voir à la création des règlements sanitaires requis et à en assurer la mise en vigueur.

—M. LeCavalier, la mortalité, voilà une question de la plus haute importance, voilà une question nationale qui devrait être le sujet de nombreuses études, sérieuses et pratiques comme celle que nous venons d'entendre de M. Dubé.

Messieurs, si nous consultons la statistique de la mortalité chez nous, nous constatons avec peine que l'on marche lentement, vers le perfectionnement de nos lois sanitaires. Pour connaître le chiffre de la mortalité de la population de Montréal, il ne faut pas remonter au-delà de l'année 1875. Car, avant cette date, notre ville dépourvue d'organisation sanitaire compétente, était chaque année visitée par toutes sortes de maladies contagieuses, qui élevaient le chiffre de la mortalité à des proportions inquiétantes.

En 1874, les citoyens alarmés d'un semblable état de choses élurent le docteur Hingston, maire de Montréal.

De nombreux travaux furent faits dans le domaine de l'hygiène publique. Le conseil municipal ordonna la construction de l'égoût collecteur de la rue Craig. On créa un système régulier pour l'enlèvement des déchets.

On donna des pouvoirs plus étendus au bureau de santé.

La vaccination devint obligatoire, etc.

On eût alors le plaisir de voir s'abaisser le chiffre de la mortalité. Cependant, en 1875, M. Mercier, président de l'association sanitaire, déclara à une séance de la société que Montréal était la ville la plus insalubre du Canada.

Un échevin anglais, dans un violent discours, accusa les Canadiens-Français d'en être la cause, et, à l'étonnement de tout

le conseil, il prouva que la mortalité chez nous était de 49 par 1000.

Eh bien, Messieurs, après un quart de siècle de progrès, d'amélioration dans les différents systèmes de drainages, d'aqueducs, etc., on trouve encore dans certains quartiers la même statistique mortuaire qu'en 1875, c'est-à-dire, 49 pour 1000 de population. Ce chiffre rappelle celui de la sale ville de Londres alors que la mortalité atteignait 50 par 1000.

Mais le magnifique Londres d'aujourd'hui dont la population égale celle de toute la puissance du Canada, nous montre une statistique sanitaire moins lugubre que celle de Montréal, car l'on ne compte que 18 par 1000 habitants.

Un savant économiste français a prouvé par des chiffres d'une exactitude reconnue, que le peuple Anglais, par l'application rigoureuse des règlements hygiéniques, a fait de 1880 à 1889, une économie de 3 milliard, 200 millions de francs.

Revenons maintenant chez nous et demandons-nous pourquoi dans le quartier St-Denis nous avons une mortalité de 49 par 1000 et dans le quartier Ouest, 4 par 1000; pourquoi dans St-Jean-Baptiste une mortalité de 30 par 1000, et dans Ste-Anne, 11 par 1000; pourquoi 26 par 1000 dans Hochelaga et 11 par 1000 dans St-Antoine.

Une autre statistique plus alarmante encore est celle de la mortalité chez les enfants. Songeons, Messieurs qu'il meurt 74% des enfants au-dessous de cinq ans. Ce chiffre est attristant.

—M. Foucher, les deux points principaux de la conférence de M. Dubé, m'ont paru ceux-ci: Excessive mortalité infantile de la première enfance et moyens pratiques d'y remédier.

Nous savons, depuis longtemps, que les enfants dans tous les pays du monde meurent au-delà de toute proportion raisonnable, mais nous ne nous doutions pas que le chiffre fût aussi élevé. M. Dubé nous a fait voir là un état de chose profondément triste et déplorable. Des milliers d'enfants meurent chaque année parce que les lois de l'hygiène sont méconnues, parce qu'on leur donne un lait impropre à l'alimentation. Sans doute le moyen suggéré par le conférencier, la création de consultation pour les nourrissons, est appelé à rendre de

grands services. Mais il faudrait associer à une œuvre aussi éminemment philantropique et nationale, les gouvernements fédéral et provincial ainsi que les conseils municipaux. Les gouvernements dépensent chaque année des montants élevés pour favoriser l'immigration. On importe les Doukobors, les Mennanites, à grands frais, et on ne songe pas qu'on pourrait sauver la vie à autant d'enfants canadiens qu'il entre d'immigrés dans ce pays chaque année; on ne pense pas au profit que l'on pourrait retirer pour pleupler nos immenses territoires, des milliers de vies précieuses qui se perdent annuellement par ignorance ou défaut de soins au sein de nos vigoureuses populations.

Que les gouvernements viennent en aide à des institutions destinées à l'assistance et au traitement des enfants pauvres, ce sera le meilleur moyen de conserver ce que nous avons. Ce sera mieux dans tous les cas que de faire des implantations dans le genre des Doukobors.

— M. LeSage, nous avons l'honneur d'avoir parmi nous M. le docteur J. E. Laberge, hygiéniste de la Cité, nous aimerions beaucoup l'entendre.

— M. J. E. Laberge, j'ai suivi avec beaucoup d'intérêt le superbe travail de M. Dubé. Certainement, la mortalité chez les enfants est beaucoup trop élevée dans notre bonne ville de Montréal. Une des causes les plus funestes de la mortalité ce sont les maladies contagieuses. Nous recevons à l'hôpital des maladies infectieuses de cette ville, 2000 enfants par année. Sur ce nombre il n'y a pas cent Canadiens-Français, et cependant la population de la ville est Canadienne-Française pour les trois quart.

Ce n'est pas que la diphtérie et les autres maladies contagieuses soient plus clémentes pour notre nationalité. Bien loin de là, comme vous le savez vous-mêmes par votre propre expérience, nous payons un trop fort tribut à ces maladies. Si nous ne recevons pas plus de malades, c'est dû à un défaut d'éducation. On croit à tort dans certaines familles que l'hôpital des maladies infectieuses c'est le chemin qui conduit au cimetière. Je dis à tort, car nous avons une mortalité de 13% à peu près. Il est de notre devoir, à nous médecins, de faire l'éducation du

peuple. Sur ce point et sur bien d'autres, c'est une croisade que nous devons entreprendre et qui produira ses fruits. Surtout si nous pouvons obtenir l'aide des journaux. Il faut engager les parents à envoyer leurs enfants à l'hôpital, où ils ont tous les soins nécessaires à leur état. En recevant ces enfants au début de leur maladie, nous avons toutes les chances de les renvoyer guéris dans leur famille. Je ne veux pas attribuer ces cures au seul traitement du médecin, une grande partie du mérite revient aux infirmières intelligentes et dévouées qui prennent soin de ces petits enfants. Vous le savez par expérience, il est impossible de traiter convenablement ces malades dans leur famille, et il est complètement impossible de les isoler efficacement même avec le bon vouloir des parents. En envoyant ces contagieux à l'hôpital vous protégez les autres membres de la famille et vous êtes très-utiles à votre malade.

Je crois qu'un bon moyen d'obtenir ce résultat serait de faire des conférences aux sociétés ouvrières, pour bien faire comprendre aux pères de familles qui fréquentent ces sociétés l'importance de laisser transporter ces malades à l'hôpital et cela dans l'intérêt du malade lui-même et dans l'intérêt du public en général. On pourrait aussi diviser la ville en un certain nombre de districts que des médecins visiteraient continuellement pour prêcher cette croisade hygiénique, instruire le peuple, donner à la mère de famille les notions rudimentaires de l'hygiène.

Laissez-moi vous dire qu'il y a des médecins coupables, assez peu soucieux de leur devoir, pour cacher ces maladies aux autorités sanitaires et ainsi empêcher la désinfection dans le but d'éviter à leur client la peine d'un dérangement de vingt-quatre heures. Et l'isolement, il n'y faut pas songer dans ces cas. Cette manière d'agir est très condamnable, car combien d'enfants sont couchés dans leurs tombes qui vivraient si le médecin eût été plus soucieux de ses devoirs.

— M. Marien, je regrette, avec mon ami Dubé, l'absence d'un hôpital, à Montréal, pour le traitement médical ou chirurgical des maladies contagieuses. Par exemple, nous chirurgiens, nous sommes dans l'impossibilité de bien traiter les enfants atteints d'affections osseuses, telles que tubercu-

loses osseuses, malformations congénitales, etc. Je suis tou-à-fait de l'avis de mes collègues en médecine qui demandent la création à Montréal, de dispensaires de nourrissons, et à cet effet, je propose que nous mettions sur l'ordre du jour de la prochaine séance, la discussion du projet et la formation d'un comité chargé de faire l'organisation des dispensaires.

— M. MERCIER, je suis bien de l'avis de M. Marien qu'il devrait se former un comité pour mettre la question à l'étude et chercher les meilleurs moyens à prendre pour faire avancer cette question si importante d'hygiène, je crois aussi qu'il faudrait s'ingénier à y intéresser les gouvernements du pays, je conseillerais dans ce but de s'entendre avec la Société Médico-Chirurgicale, qui n'hésiterait pas, j'en suis certain, à nous aider dans ce mouvement si louable de tout le poids de son influence.

— M. HERVIEUX, permettez-moi d'ajouter quelques remarques à celles de mes collègues: tout en appuyant fortement les opinions émises, je crois que nous devrions faire des instances auprès des gouvernements pour que l'hygiène soit enseignée d'une manière plus sérieuse dans les écoles. Nous formerions ainsi une génération bien préparée à suivre et à faire observer les lois de l'hygiène.

— *Purpura hémorragique par auto-intoxication,* par le docteur J. A. LESAGE, (Voir plus haut).

— *Disscussion:* M. ASSELIN. J'ai eu l'occasion de traiter un enfant de 14 ans, atteint de fièvre typhoïde à forme ataxique. Au cinquième septenaire de sa fièvre il eut des hémorragies de toutes les muqueuses; hématurie, enterroragie, épistaxis, hémorragie des gencives, et purpura généralisé, l'éruption dura 13 jours.

Cette forme de fièvre typhoïde à laquelle les anciens donnaient le nom de fièvre putride, était toujours fatale.

Heureusement que dans le cas rapporté un pronostic aussi sombre ne s'est pas réalisé. Les injections de sérum gélatinisé ainsi que les toniques eurent pour effet de contrôler les hémorragies et de ramener à la santé ce petit malade. Je demanderais à M. LeSage s'il a pu exclure la fièvre typhoïde dans le cas qu'il vient de rapporter.

— M. LeSage, en réponse à M. Asselin, je dirai que le sérodiagnostic à été négatif et que les autres symptômes cliniques excluaient toute hypothèse de fièvre typhoïde.

— M. Dubé, l'observation que vient de donner M. LeSage, me met en mémoire un jeune malade que j'eus l'occasion d'examiner il y a deux ans, environ, avec mon ami Dagenais, je demanderai à M. le Secrétaire, de nous donner quelques détails cliniques sur son malade.

— M. Dagenais, Messieurs, je regrette de n'avoir pas pris de notes sur ce cas qui nous eût certainement intéressés. Il s'agit d'un garçon de 18 ans, vivant dans de très-mauvaises conditions hygiéniques. Au début de la maladie, ce malade ne présentait que des symptômes de rhumatisme articulaire; au 3e jour de sa maladie les hémorragies se sont produites avec beaucoup de symétrie; aux paupières supérieures, au pavillon de chaque oreille, au bout du nez, au menton, aux avant-bras, aux articulations des doigts. Il s'agissait évidemment d'un cas de purpura infectieux à forme rhumatoïde. La maladie à évolué sans fièvre, le pouls se maintenait très-rapide, il y avait diarrhée sanglante, très abondante, et hématurie. Il a succombé au douzième jour.

— *Un cas de hernie inguinale à double sac*, par le docteur O. F. Mercier, chirurgien-en-chef, de l'hôpital Notre-Dame.

(Ce travail sera publié en février).

E. G. Dagenais,
Secrétaire.

NOUVELLES.

Monsieur le docteur George Villeneuve a été nommé membre associé étranger, de la Société Médico-Psychologique, de Paris.

Monsieur le docteur T. Parizeau, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame, a été nommé " chargé de cours " à la chaire de Médecine Opératoire, à l'Université Laval.

Heureux candidats!...

ANALYSES

PSYCHIATRIE

Les psychoses de la puberté. — (Rapports par le professeur MARRO, de Turin, le professeur ZICHEN, d'Iéna, et le professeur JULES VOISIN. médecin de la Salpétrière).

Les psychoses de la puberté sont des affections mentales qui se développent dans la période de puberté. Cette période s'étend de 12 à 22 ans, suivant les sexes, les races ou les climats. Elle est caractérisée par la maturité sexuelle et le développement physique et intellectuel de l'individu. Les actes physiologiques divers qui s'y produisent peuvent être arrêtés, troublés, ou pervertis dans leur évolution par une infinité de causes d'ordre physique ou pathologique. Mais ces causes, — que ce soit le surmenage corporel ou intellectuel, les maladies infectieuses aiguës, une nutrition défectueuse ou insuffisante, les excès sexuels, un traumatisme moral ou physique, etc, — ne font que préparer le terrain pour l'éclosion de la psychose. Il leur faut de plus l'appoint de l'hérédité qui est l'élément indispensable.

Presque toutes les psychoses connues se rencontrent dans la puberté. Elles peuvent cependant présenter des modifications spéciales dans leurs symptômes et leur marche. La seule psychose qui se développe à cette période, et que Marro considère comme spécifique, ne fournit qu'un petit nombre de cas. C'est l'hébéphénie de Kahlbaun, dont Voisin n'accepte pas l'entité morbide. Il réserve ce nom aux cas de démence. D'après Marro, l'écorce cérébrale et les méninges seraient, dans cette forme, le siège d'un processus morbide anatomique, provoqué par une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale.

Le pronostic des psychoses de la puberté n'est pas aussi favorable que celui des psychoses post-pubiques.

La prophylaxie des troubles mentaux exige que l'on prête la plus grande attention à éviter toutes les causes d'affaiblissement qui peuvent troubler le développement de l'organisme physique et mental dans cette époque si importante de la vie, telles que, excès de fatigue, soit physique, soit intellectuelle, et avant tout le précoce et anormal exercice de l'activité sexuelle.

Le traitement est en général celui des psychoses post-pubiques. Seulement un alitement total n'est admissible que pour les cas où il y a épuisement prononcé.

La médecine légale des psychoses de la puberté est soumise aux règles ordinaires de la médecine légale des aliénés.

Anatomie pathologique de l'idiotie. — (Rapports par G.-E. SHUTTLEWORTH, M. D., et F. BEACH, de Londres, le Dr BOURNEVILLE. et J. MIERZEJEWSKI, de Saint Pétersbourg.

Shuttleworth et Beach classifient l'anatomie pathologique de l'idiotie sous trois chefs : 1° Vices de conformation d'origine congénitale ; 2° Vices de

conformation survenant pendant la période de développement ; 3° Vices acquis.

Le premier chef comprend: 1° la microcéphalie; 2° l'hydrocéphalie; 3° la seaphocéphalie ; 4° *Mongol*, imperfections des tissus osseux, cutanés, muqueux et en certains cas tissus cardiaques; 5° cas névropathiques "genetous" dans lesquels les circonvolutions sont grossières et simples, ou petites, minces et gaufrées (microgyrie); 6° cas d'amaurose "genetous"; 7° crétinisme sporadique provenant d'une structure défectueuse ou de l'absence de la glande thyroïde; 8° les défectuosités locales partielles, telles que celles du corps calleux ou parencéphalie.

Sous le deuxième chef se rangent: 1° les cas d'éclampsie avec lésions hémorrhagiques ou inflammatoires; 2° les cas d'épilepsie; 3° les cas de syphilis et de paralysie générale juvénile; 4° les cas de paralysie dans lesquels on trouve des changements dégénératifs dans les vaisseaux du cerveau, ou dans certains cas, l'atrophie du cerveau.

Se groupent sous le troisième chef: 1° les cas traumatiques dus à la compression de la tête pendant le travail de l'accouchement, provenant de l'étroitesse anormale du bassin, ou d'un travail trop prolongé, ou encore et moins souvent de l'usage du forceps, et de lésions produites par accident; 2° les cas inflammatoires post-fébriles; 3° l'idiotie sclérotique.

Le docteur Bourneville distingue au point de vue anatomo-pathologique les formes suivantes: 1° idiotie symptomatique de méningite chronique; 2° idiotie symptomatique de méningo-encéphalite chronique; 3° idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions sans malformations, avec lésions des cellules nerveuses; 4° idiotie symptomatique de sclérose hypertrophique ou tuberculeuse; 5° idiotie symptomatique de sclérose atrophique: *(a)* sclérose d'un hémisphère ou des deux hémisphères du cerveau; *(b)* sclérose d'un lobe du cerveau; *(c)*sclérose des circonvolutions isolées; *(d)* sclérose chagrinée du cerveau (?); 6° idiotie hémiplégique ou diplégique symptomatique de lésions en foyer dues à une oblitération vasculaire ou à une hémorrhagie; 7° idiotie symptomatique de l'hydrocéphalie ventriculaire simple ou compliquée d'hydrocéphalie extra-ventriculaire; 8° idiotie avec cachexie pachydermique ou idiotie myxœdémateuse, liée à l'absence de la glande thyroïde; 9° idiotie symptomatique d'un arrêt de développement du cerveau avec malformations congénitales; 10° idiotie symptomatique de microcéphalie par arrêt de développement avec ou sans malformations, ou reconnaissant pour causes des lésions survenues après la naissance. Il n'a observé aucun cas d'idiotie pouvant être rattaché exclusivement à une lésion oseuse, en particulier à une synostose prématurée des os du crâne.

Mierzejewski favorise une classification anatomo-pathologique basée sur l'étude de la structure délicate du tissu nerveux et de ses éléments, et sur des notions embryologiques précises. La base de toutes les lésions anatomiques des cerveaux d'idiots est la déviation du développement du tissu nerveux; il faut chercher son origine dans la vie embryonnaire ou dans les lésions pathologiques qui se produisent dans la plus tendre enfance et sont le point de départ des déviations de développement ultérieures. Il n'existe pas de véritable arrêt de développement sous le rapport morphologique et histologique comprenant le

cerveau en entier, mais il y a un véritable arrêt de développement de certaines régions du tissu cérébral, qui peut être constaté par la présence des neuroblastes.

Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal. — (Rapports par le prof. KRAFT EBING, et le Dr PAUL GARNIER).

L'étude des perversions sexuelles présente une importance considérable en médecine légale. On doit les considérer comme des stigmates de dégénérescence.

Avant de passer en revue les types principaux de ces perversions, il est bon de voir en quoi consistent l'*obsession* et l'*impulsion*.

L'obsession morbide n'est qu'une expression symptomatique de la dégénérescence mentale. Elle est comme un "tic moral", expression que semblent justifier ses caractères d'incœrcibilité, et d'automatisme. L'invasion de l'obsession, dont les premières étreintes, se font, le plus souvent, sentir par une "commotion émotive", que peut seule expliquer d'ailleurs une impressionnabilité maladive, créant un état de réceptivité. Syndrome de la dégénérescence mentale, l'obsession est donc une variété d'automatisme cérébral conscient, imposant à l'esprit, d'une façon paroxystique, et sous l'incitation première et essentielle de l'émotivité, une idée, un mot, un nom ou une image, etc., le pliant, enfin, à un tic moral quelconque, en dépit d'une résistance angoissante s'accompagnant de troubles physiques déterminés (sueurs, palpitations, constriction épisgastrique, etc.), le malaise de cette lutte ne prenant fin que par la satisfaction du besoin qu'amène la détente et clot l'accès.

Quoique les termes "obsession" et "impulsion" soient souvent employés l'un pour l'autre dans le langage courant, il s'en faut que ces deux termes aient la même portée socialement et judiciairement. Si l'obsession peut exister seule, l'impulsion est ordinairement le dernier terme d'une série d'obsession à laquelle elle sert de conclusion. C'est la pensée qui se transforme en acte. L'impulsion est donc une sollicitation motrice, à base émotive, vers un acte appétitif, que n'inspire aucun délire et que la conscience rejette, mais qui s'impose, parfois, automatiquement à la volonté, avec une irrésistibilité telle qu'elle entraîne la satisfaction du besoin, suivie d'un apaisement immédiat, en lequel se dénoue l'accès.

Voici les types principaux des perversions sexuelles obsédantes et impulsives: 1° l'exhibitionnisme; 2° le fétichisme; 3° le sadisme et le sadi-fétichisme; 4° l'inversion génitale ou homo-sexualité (uranisme); 5° l'érotomanie.

1° *Exhibitionisme impulsif.*— Les exhibitionismes de Lasègue ne répondaient pas tous à un type uniforme. Parmi eux se trouvaient des éléments, des inconscients épileptiques, paralytiques généraux, des alcooliques et enfin des obsédés impulsifs. Aujourd'hui, ce terme ne s'applique qu'aux obsédés impulsifs. Magnan et ses élèves ont pu parfaitement déterminer les caractères de l'exhibitionisme qui sont toujours les mêmes. C'est une perversion sexuelle obsédante et impulsive, caractérisée par le besoin irrésistible d'étaler en public, et généralement, avec une sorte de fixité d'heure et de lieu, ses organes génitaux, à l'état de placcidité, et en dehors de toute manœuvre lubrique ou provocatrice, acte en lequel se résume l'appétit sexuel et dont l'accomplissement, en mettant fin à la lutte angoissante, clôt l'accès.

2° *Fétichisme.* — Chez le fétichiste, la production de l'orgasme génital est sous la dépendance nécessaire et exclusive d'un excitant déterminé; le fétiche. Ce fétiche varie suivant les individus. Ou il sera " impersonnel ", et alors sera constitué par un objet de la toilette féminine (bottines, mouchoirs, tabliers, etc.) ou il sera " corporel ", consistant en un des attributs de la femme, mollets, pieds, proéminences fessières, etc.). C'est une perversion sexuelle obsédante et impulsive, conférant tantôt à un objet auquel nos usages prêtent une signification sexuelle, tantôt à une partie du corps, le pouvoir exclusif de produire l'orgasme génital, le fétiche étant, soit directement, soit par évocation ou représentation mentale, l'élément à la fois nécessaire et suffisant de l'excitation sexuelle.

3° *Sadisme* et *sadi-fétichisme.* — Dans le sadisme, il y a association entre la volupté et la cruauté. L'orgasme génital ne peut se produire qu'en autant que le sadique peut infliger des souffrances à autrui. Il est la contre-partie du " masochiste " ou " passiviste " qui n'a de volupté qu'à s'humilier devant l'être aimé et à souffrir par lui. C'est une perversion sexuelle obsédante et impulsive dont le caractère réside dans une dépendance étroite entre la souffrance infligée, ou mentalement représentée, et l'orgasme génital, la frigité restant d'ordinaire absolue sans cette condition à la fois nécessaire et suffisante.

Quoique les termes " sadismes " et " fétichisme " paraissent se contredire, il n'en est pas moins certain, et quelques observations médico-légales le prouvent, que ces deux perversions sexuelles peuvent parfois se réunir chez le même individu. Il y a du fétichisme chez les " piqueurs de fesses," les " coupeurs d'oreilles " qui dirigent leurs violences toujours vers le même point du corps. Comme dans le fétichisme des objets, le sadi-fétichisme peut être aussi impersonnel, et dans ce cas, l'objet brisé éveille l'orgasme sexuel.

4° *Inversion génitale* (Homosexualité, Uranisme). A l'encontre de l'exhibitioniste, du fétichiste, du sadique, l'inverti sexuel ne reçoit d'excitation génitale que de son propre sexe. Il ne peut s'agir ici du pédéraste vulgaire, mais bien de l'inverti constitutionnel dont toutes les tendances se portent instinctivement vers le sexe semblable. La pathogénie de cette inversion est la même que celle des autres perversions, c'est-à-dire qu'il faut chercher dans l'initiativité morbide, dans la désharmonie fonctionnelle, le secret de la " détermination homosexuelle ". La définition suivante de l'inversion génitale la distingue absolument du vice: Une perversion totale de l'instinct génésique, à forme obsédante et impulsive, impliquant une tendance homosexuelle irrésistible, et généralement, si exclusive que le sexe semblable est seul capable d'éveiller l'orgasme vénérien. Dans l'amour homosexuel, on peut rencontrer le fétichisme, le masochisme, le sadisme et même l'érotomanie.

5° *Erotomane.*—C'est un amour intellectuel, affranchi de tout appétit charnel. Chez l'érotomane, disait Esquirol, l'amour est dans la tête. Il est certain que, dans les cas les plus nets, le désir est absolument idéal. L'idée de cohabitation est assez souvent répulsive, en quelque sorte, pour ces êtres maladivement épris. On peut définir l'érotomanie: Une forme toute psychique de l'amour morbide dans laquelle la perversion génésique, de nature essentiellement obsédante, pousse irrésistiblement à la recherche de l'objet aimé, suscite des illusions délirantes en rapport avec le roman pathologique et se dégage de tout appétit charnel.

Les obsessions impulsives sexuelles sont parmi les plus impérieuses et les plus irrésistibles. Aussi il arrive souvent que les pervertis sexuels viennent se heurter aux lois. Mais l'appréhension d'un châtiment ne saurait être suffisante pour refréner une impulsion pathologique, et la preuve de cette inefficacité est fournie, à tout instant, par des faits démontrant que des pénalités accumulées s'abattent sur le perverti sexuel sans le modifier en rien. L'esprit, appelé à examiner l'état mental d'un prévenu de ce genre, devra vérifier si l'état du sujet peut être juxtaposé à l'un des types connus de perversion sexuelle; et, si ce rapprochement peut être établi, il n'hésitera pas à la déclarer irresponsable, par application logique de l'article 64 du code pénal (code français) qui attribue cette irresponsabilité à l'individu "contraint par une force à laquelle il n'a pu résister".

E. P. CHAGNON.

OTOLOGIE

Pourquoi faut-il trépaner l'apophyse mastoïde dans les otites aiguës ?

par le Dr MARCEL LARMOYEZ.

C'est une double et grave erreur que de trépaner au cours d'une otite aiguë toute mastoïde qui souffre, ou de respecter systématiquement l'apophyse qui n'extériorise pas ses réactions.

Il est très différent, en effet, de constater anatomiquement ou cliniquement la présence du pus mastoïdien. Dans le premier cas, banal, presque constant, les alvéoles mêmes de la mastoïde sont un simple réservoir du pus fourni par la muqueuse de l'oreille, et ne réagissent pas: il y a seulement empyème mastoïdien, sans nulle expression clinique. Dans le second cas, plus rare, le tissu osseux réagit vis-à-vis du pus; une ostéite mastoïdienne éclot, qui s'extériorise cliniquement par le classique syndrome rétro-auriculaire: il y a mastoïdite vraie. Cependant, dans les deux cas, on eût rencontré du pus si la trépanation avait été pratiquée.

Ainsi donc, le fait de rencontrer du pus dans une mastoïde ne prouve pas du tout qu'on ait eu raison de la trépaner. Pour mieux comprendre les indications opératoires, il faut examiner préalablement la pathogénie et surtout la physiologie pathologique de la mastoïdite clinique.

D'après les classiques, elle est primitive ou secondaire.

La mastoïdite primitive est rationnelle en théorie. Mais, en clinique, il s'agit de mastoïdites pseudo-primitives pour qui observe trop vite, mais en réalité consécutives à des otites initiales légères et rapidement guéries. La mastoïdite secondaire à une otite est, au contraire, banale.

Maintenant, comment la maladie passe-t-elle de l'étape anatomique, empyème mastoïdien, à l'étape clinique, ostéite mastoïdienne? De trois façons qui, le plus souvent, se combinent.

Propagation par contiguïté. — L'inflammation se propage de la muqueuse antro-cellulaire à la couche osseuse sous-jacente. Deux conditions favorisent cette propagation: la virulence extrême de l'infection; le défaut de résistance du terrain.

Rétention du pus. — Le pus formé trouve un obstacle s'opposant à sa sortie par le conduit et tâche de se frayer une voie vers la corticale.

Il faut considérer deux cas cliniques:

1° Le *tympan n'est pas perforé* et le pus accumulé sous pression produit la mastoïdite. Le tympan peut se perforer, mais cette ouverture spontanée n'est qu'une fistule dont elle a tous les inconvénients. La paracentèse du tympan, par une ouverture précoce, large, déclive, peut éviter la mastoïdite.

2° Le *tympan est perforé*, mais souvent, bien que l'écoulement du pus semble se faire normalement, il y a dans la profondeur une rétention qui peut devenir grave. La mastoïdite peut se réaliser en parcourant les étapes suivantes: obstruction des confluents antro-cellulaires par la muqueuse bourgeonnante; stagnation du pus sous pression; nécrose de la muqueuse et ostéite sous-°jacente; fonte des closions intra-cellulaires; formation de clapiers et, finalement, perforation de la corticale mastoïdienne en certains points.

Ostéite secondaire.— Si l'on retarde trop la ponction évacuatrice, de l'infection propagée naît une ostéo-myélite secondaire qui peut amener la perte de vastes portions osseuses.

L'abcès mastoïdien étant formé, comment et où le pus va-t-il s'extérioriser?

Le pus s'extériorise de quatre façons différentes:

1° *Par les fissures osseuses normales.* — Il en est ainsi chez le nourrisson dont les trois pièces osseuses du temporal ne sont pas encore soudées.

2° *Par voie vasculaire.* — Cela est fréquent dans les apophyses diploétiques, chez l'enfant, dont les voies vasculaires sont très courtes et très larges.

3° *Par voie sous-périostée.* — Le pus de l'antre arrive indirectement sous le périoste de la corticale mastoïdienne en fusant le long de la paroi postérieure du conduit auditif.

4° *Par voie d'effraction.*— Le pus fait de vive force une trouée vers l'intérieur à travers les parois osseuses qui le cernent.

Le pus s'extériorise en cinq directions différentes:

1° En dehors, vers la peau.

a) Chez l'enfant, c'est heureusement la règle. Il y a cependant une distinction capitale à établir, suivant que la suppuration envahit une mastoïde infantile saine ou une mastoïde infantile sclérosée.

b) Chez l'adulte, l'émigration du pus de l'antre à la peau se fait suivant deux types, selon qu'il s'agit d'apophyses diploétiques ou d'apophyses pneumatiques.

2° *En bas, vers le cou.* — Il vient s'ajouter un abcès profond du cou, c'est la mastoïde de Bezold.

3° *En avant, vers le conduit auditif.* — Une mastoïde peut s'ouvrir en dehors, en produisant le classique abcès sous-périosté, ou peut s'évacuer vers le conduit, dont elle décolle, abaisse et troue la paroi postérieure.

4° *En haut, vers le crâne.* — Le plafond de l'attique et de l'antre est d'une épaisseur très variable; le plus souvent, ce n'est qu'une lamelle transparente et très fragile.

5° *En arrière et en dedans.* — Vers le sinus latéral.

Très rarement chez l'enfant. Plus fréquemment chez l'adulte, où l'abcès mastoïdien perfore la paroi du sillon sigmoïde et prend contact avec le sinus latéral.

Il faut toujours se rappeler que, dans toute mastoïdite aiguë, pendant que nous surveillons la corticale externe, il se produit à notre insu, vers la corticale interne, des lésions plus rapides, plus constantes et bien autrement graves.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie des Voies biliaires, par le Dr Pauchet, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux d'Amiens. — 1 vol. in-16 de 95 pages, avec figures, cartonné. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, 1 fr. 30.

La chirurgie joue actuellement un rôle actif dans la thérapeutique des affections des voies biliaires. Qu'il s'agisse de faire disparaître des accès répétés de coliques hépatiques, de lever un obstacle au cours de la bile chez un sujet ictérique, ou de drainer la vésicule chez un malade atteint d'une affection de l'arbre biliaire, les indications opératoires sont multiples. Jusqu'ici, les traités de pathologie médicale, tout en signalant au médecin le rôle du chirurgien, n'insistent pas assez sur l'instant opportun de l'acte opératoire. Aujourd'hui encore, les malades ne sont amenés à une intervention qu'après avoir épuisé toutes les ressources du traitement médical. Les insuccès qui assombrissent les statistiques n'ont d'autre cause que ces interventions trop tardives, pratiquées chez des sujets intoxiqués par la résorption biliaire, chez lesquels la cellule hépatique a partiellement perdu sa fonction et dont la vitalité est amoindrie. M. le Dr Pauchet publie, dans les *Actualités médicales,* une intéressante monographie où il signale les affections de l'arbre biliaire qui peuvent nécessiter l'intervention du chirurgien et insiste sur les symptômes spéciaux qui révèlent l'opportunité opératoire.

Précis d'ophtalmologie journalière, par les Drs H. Puech et C. Fromaget, anciens chefs de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux. — 1 vol. in-16 de 368 pages, avec figures, cartonné : 5 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Si les traités d'ophtalmologie à l'usage des spécialistes abondent il n'en est pas de même des manuels pratiques pour les étudiants et les praticiens. C'est cette lacune qu'ont voulu combler MM. Puech et Fromaget; éloignant les affections rares, dont le diagnostic exige la science d'un spécialiste, ils présentent, sous un aspect clinique saisissable, en insistant tout spécialement sur le diagnostic et le traitement, les affections oculaires les plus répandues, qu'ils passent ainsi successivement en revue dans les chapitres suivants:

Paupières. — Conjonctive. — Cornée. — Sclérotique. — Iris. — Glaucômes. — Cristallin (Cataractes). — Corps vitré. — Choroïde. — Rétine. — Nerf optique. — Voies lacrymales. — Orbite. — Appareil moteur (Strabisme, diplopie, paralysies).

Ce qui différencie ce nouveau précis d'ophtalmologie de tous les traités ou résumés qui ne peuvent être lus avec fruit que par les spécialistes, c'est qu'il peut être consulté par tous les praticiens.

Les auteurs, anciens chefs de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Bordeaux, avaient une compétence toute spéciale pour écrire ce précis.

FEVRIER 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.

67 — L'obstruction nasale et ses conséquences..... *Foucher*
78 — Un cas de hernie inguinale à double sac..... *Mercier*
81 — Caroncules de l'urèthre..... *Harwood*
87 — Luxation du testicule..... *Parizeau*
91 — Le diagnostic précoce des fièvres éruptives ..... *Benoit*

REVUE GÉNÉRALE.

102 — Traitement des pleurésies séro-fibrineuses..... *Hervieux*

SOCIÉTÉS.

109 — Société Médicale de Montréal—Séances du 18 décembre 1900 et du 15 janvier 1901 ..... *Dagenais*

ANALYSES.

MÉDECINE.

113 — Œdème pulmonaire (Basch) .....

LARYNGOLOGIE. — OTOLOGIE.

114 — Le traitement du faux croup.—Traitement chirurgical de la sclérose otique — Rhinites spasmodiques — Sur les nodules vocaux — Le diagnostic anatomo-pathologique du cancer du larynx. .....

THÉRAPEUTIQUE.

118 — Indications de la saignée.—Effets physiologiques et thérapeutiques de la digitale et ses principes actifs..... .....
— Traitement de la coqueluche — Traitement radical

des verrues vulgaires — Traitement de la méningite cérébro-spinale suppurée..... ..... *LeSage*
— Nature et traitement de la myélite aiguë..... .....
— Faut-il traiter la fièvre .....

PHARMACOLOGIE.

122 — Iode .. .. *Hervieux*
125 — Formulaire ....

VARIÉTÉS.

126 — Hérédité et circoncision — Spécialiste et médecin — La désinfection des puits par le permanganate de potasse — Sérum anti-venimeux — Crise épileptiforme et cérumen.

BIBLIOGRAPHIE.

128 — La surdi-mutité, étude médicale..... ..... *St-Hilaire*

MEMOIRES

L'OBSTRUCTION NASALE ET SES CONSÉQUENCES (1)

Par le Professeur FOUCHER.

L'obstruction nasale, sous une forme ou sous une autre, peut être considérée comme un désordre très fréquent; et ses conséquences, peu appréciées de la généralité des médecins, peuvent être rangées parmi celles qui intéressent au plus haut degré le fonctionnement de l'organisme. En choisissant ce sujet de conférence, j'ai cru faire un rapprochement utile entre notre champ d'étude et le vôtre, afin de démontrer, une fois de plus, que toutes les branches de la médecine se prêtent un mutuel concours; que l'une ne peut marcher sans l'autre, que si d'un côté le médecin doit connaître quelque chose des différents domaines spéciaux, le spécialiste de son côté, ne doit pas oublier qu'il est membre de la grande famille médicale.

L'obstruction nasale a lieu de différentes manières: elle peut être passagère ou permanente, être le résultat d'état inflammatoires variés, de tumeurs nasales ou rétro-nasales ou d'une position anormale de la cloison.

Nous nous occuperons exclusivement, ce soir, des obstructions permanentes ou à peu près, les seules qui peuvent avoir des conséquences fâcheuses.

La rhinoscopie antérieure est, vous le savez par expérience, facile à faire. Une bonne lumière réfléchie par un miroir frontal, un spéculum nasal, peu importe le modèle, une sonde ou deux, voilà tout l'arsenal nécessaire. La cavité éclairée laisse voir la cloison, d'un côté, les cornets inférieurs et moyens, de l'autre, avec leur méat, et cette vue se prolonge au loin vers les choannes. Le cornet inférieur, de structure spongieuse, est recouvert d'une membrane muqueuse dans laquelle s'anastamo-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Moutréal, séance du 18 décembre 1900.

sent de nombreux plexus veineux qui lui donnent le caractère de tissu érectile. Ce tissu s'étend le long du bord libre du cornet, et se développe surtout aux extrémités antérieures et postérieures. Selon le dégré de turgescence de ce tissu nous voyons plus ou moins loin dans le méat inférieur. Après l'action du froid ou d'une atatque aiguë de coryza, ce canal est plus ou moins obstrué, la muqueuse se gonfle, devient d'une couleur rouge sombre. Si nous touchons ce gonflement, à l'aide de la sonde, nous avons la sensation d'un sac rempli de liquide. La sonde s'enfonce dans la turgescence, mais celle-ci reprend immédiatement son aspect antérieur. Il existe, en réalité, une fluctuation; mais elle est due uniquement au sang apporté au tissu érectile. Il suffit d'ailleurs d'appliquer une solution de muriate de cocaïne à 4% ou de capsule surrénale pour rétablir la condition normale du gonflement. Il existe encore un autre endroit de cavité nasale pourvue de tissu érectile, c'est sur la cloison, un peu plus bas que vis-à-vis le tiers antérieur du cornet moyen. Sur le cornet moyen, le long de son bord libre. Il n'y a donc rien de surprenant à ce que l'obstruction nasale soit fréquente si l'on tient compte de la facilité avec laquelle ces tissus érectiles se prêtent au gonflement. Aussi, faut-il faire la part des influences transitoires de nature vasomotrices qui ferment le conduit nasal sans cependant constituer un état pathologique sérieux permanent.

Les affections chroniques des fosses nasales déterminent une obstruction plus persistante et plus nuisible. C'est la muqueuse qui se tient en érection permanente dans les deux narines à la fois, ou qui laisse au patient l'usage d'une seule narine alternativement, c'est l'hyperplasie qui en résulte assez souvent et qui se traduit par des excroissances de formes variées, ce sont les sécrétions qui s'ajoutent à cette condition et ferment plus effectivement les fosses nasales, ce sont les croutes de la rhinite atrophique. Ce sont les polypes qui pullulent dans le milieu humide créé par un catarrhe muqueux.

La cloison elle-même joue un rôle considérable dans l'obstruction nasale. Elle limite rarement deux cavités d'égales dimensions, plus souvent elle s'incurve de droite à gauche, présente à ses points d'union avec le vomer et la lame criblée ou

les apophyses palatines des épaississements qui rétrécissent le conduit nasal. Les obstructions dans les fosses nasales supérieures s'adressent plus directement à l'odorat et les obstructions inférieures à la respiration.

Un examen des fosses nasales ne saurait être complet à moins de pratiquer la rhinoscopie postérieure. Cet examen est un peu plus difficile à mener à bonne fin que celui de la rhinoscopie antérieure. Ici, il faut un abaisse langue, un miroir laryngien et un miroir frontal. La difficulté consiste à bien diriger le miroir en haut, en arrière du voile du palais. Ceci obtenu, les structures à examiner sont faciles à apprécier. Les patients, en général se prêtent facilement à cet examen, mais il en est d'eux comme des chevaux de selles, ils connaissent ceux à qui ils ont affaire. En faisant varier graduellement l'angle d'inclinaison du miroir on passe successivement en revue les choannes, la partie postérieure des cornets et de la cloison. En dehors des choannes, l'ouverture des trompes d'Eustache; à la voûte, une collection de tissu lymphoïde décrite sous le nom de " amygdale de Luschka. " Cet examen permet de constater si la muqueuse des cornets est tuméfiée (queue de cornet), s'il existe des polypes, enfin s'il y a des tumeurs adénoïdes, très rarement la partie postérieure de la cloison est déviée, mais elle offre parfois à cet endroit des renflements qui produisent la sténose.

L'examen direct des fosses nasales antérieures et postérieures nous met donc à même de constater s'il y a obstacle à la circulation de l'air par ces cavités, si cet obstacle est permanent, comme dans le cas de déviation de la cloison ou s'il est temporaire ou alternant comme dans les cas de tumeurs ou d'inflammations chroniques des voies nasales. Il est évident qu'une déviation ou une excroissance de la cloison crée un état permanent de gêne respiratoire, tandis qu'un polype, une tumeur adénoïde, un catarrhe chronique de la muqueuse nasale, font varier d'une journée à l'autre le degré de gêne qu'ils déterminent. Les influences atmosphériques interviennent et constituent un facteur avec lequel il faut compter, il est bien reconnu que l'humidité favorise l'obstruction nasale, les tumeurs adénoïdes, les polypes muqueux sont hygroscopiques, la mu-

queuse nasale elle-même est sensible à l'humidité de l'air inspiré.

Ces causes étant établies, résumons successivement les fonctions physiologiques du nez. L'air que nous respirons doit passer en grande partie par le nez, la bouche n'intervient dans l'acte respiratoire que dans les grands efforts. L'air inspiré passe à la partie inférieure des fosses nasales au-dessous du cornet moyen. Dans son parcours, il se réchauffe, se décharge des poussières qu'il contient et se satture de vapeur d'eau. Dans ces conditions il peut aborder les poumons. Les sécrétions nasales contribuent à abattre la poussière qui entre dans le nez.

A l'état normal, il aurait, d'après les expériences de Wutz et Lermoyez, la propriété de tuer quelques variétés microbiennes, entre autres la bactéridie charbonneuse, mais le mucus, à l'état pathologique serait moins puissant sous ce rapport. De récentes expériences de Violet, entreprises sous la direction de Charpentier, et publiées dans une thèse de Paris, (1) semblent démontrer que le pouvoir bactéricide du mucus normal, dépouillé de ses éléments figurés, est nul pour les espèces microbiennes pathogènes vulgaires, mais que les éléments figurés de ce mucus, au contraire, sont des agents actifs de la défense de l'organisme contre l'infection au niveau des fosses nasales. Ce sont les leucocytes contenus dans le mucus qui se chargent de cette défense en déterminant les phénomènes de phagocytose.

L'érectibilité des cornets favorise les fonctions nasales, dans les temps humides, par exemple, en augmentant ces surfaces, les fonctions sécrétoires et en activant la saturation aqueuse. La fonction olfactive a son siège à la partie supérieure des fosses nasales. Pour bien percevoir les odeurs, il faut inspirer fortement; les particules odorantes se diffusent à la partie supérieure en vertu des lois qui régissent les substances gazeuses, l'air et les poussières n'atteignent pas cette région. Si les odeurs sont désagréables, repoussantes, la grimace qui consiste à élever les ailes du nez, fait passer directement les mauvaises odeurs avec l'air inspiré dans la partie inférieure du nez.

(1) "Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales."—*Thèse de Paris*, octobre 1900.

Le nez joue de plus, le rôle de caisse de résonnance, il imprime un cachet particulier à la voix humaine et lorsqu'il est obstrué la voix prend un timbre désagréable.

Les symptômes subjectifs de la sténose nasale doivent nécessairement s'appuyer sur les obstacles apportés à la fonction physiologique du nez. Cet organe est fait pour respirer, or la respiration étant gênée ou empêchée, il s'établit une respiration buccale. L'air passe en dessous du cornet moyen, dans un espace suffisamment grand pour qu'il puisse passer librement, acquérir un certain degré de chaleur, d'humidité et de filtration, le nez étant obstrué, l'air suit, pour entrer aux poumons une autre voie qui le laisse passer dans un état impropre à la respiration.

Enfin, si l'olfaction a quelque chose d'agréable, son côté désagréable ne laisse pas que d'être utile en nous avertissant charitablement de nous éloigner des choses qui sentent mauvais. Si le nez agit à la façon d'une caisse de résonnance, la voix perd des qualités dans l'obstruction nasale et l'exercice de la parole devient une source d'ennuis et de fatigue.

Lorsque l'obstruction nasale est complète la difficulté de la respiration se manifeste surtout après des exercices violents et dans le cours de la nuit, pendant le sommeil.

Après une course rapide le sténosé est haletant on le croirait atteint d'asthme, sa gorge est sèche et il lui faut boire pour éprouver du soulagement. Quant au sommeil de ceux qui souffrent d'obstruction nasale, il nous est bien connu, il a dû troubler souvent votre propre sommeil pendant que vous étiez au collège, dans ces grands dortoirs ou les ronfleurs troublent seuls le silence des nuits. Qui n'a pas eu un de ces voisins turbulents dont le sommeil est un véritable combat pour la respiration. L'inspiration est bruyante, saccadée, clapottante, intermittente, elle s'arrête parfois, puis après une pause variant de quelques secondes à une minute, une longue inspiration survient suivie de plusieurs autres à brève échéance, l'individu est haletant, tout en sueur, il se tourne en tout sens sur sa couche et recommence le cycle de sa respiration pénible.

Le matin au réveil, il n'a pas eu sa dose de sommeil réparateur, il se lève fatigué, harassé, épuisé, il a mal à la tête, aux

reins, sa gorge est sèche ou remplie de mucosités qui l'écœurent et lui ôtent l'appétit. Il se plaint d'étourdissements, de perte de mémoire, d'inaptitude au travail; symptômes qui doivent être plutôt attribués à l'anémie résultant d'une mauvaise respiration qu'à toute autre cause. Quelquefois le patient éprouve la sensation de quelque chose qui se déplace dans le nez ou la gorge et le bruit qui en résulte peut être entendu à une certaine distance, ces bruits de drapeau, de clapottement sont causés par le va et vient d'un polype ou d'une hypertrophie de la muqueuse. Un autre sympt.me qui se manifeste dans ces cas est un reniflement désagréable et répété, un effort inutile pour respirer par le nez. La sécrétion nasale peut être exagérée au point que l'oreiller des patients en est tachée, quelquefois teintée de sang.

La voix est épaisse, gutturale, nasonnée; ce qui est dû non-seulement à l'obstruction et à l'excessive humidité des fosses nasales, mais aussi à un état semi-paralytique du voile du palais.

L'odorat est souvent affaibli, quelquefois aboli. Le sens du goût s'en ressent. Il en résulte un certain dégoût pour les aliments, l'appétit s'affaiblit, le patient abuse du sel, du poivre, de la moutarde et des marinades afin de donner un certain goût à des aliments qui lui paraissent insipides. Cependant, l'absence d'odorat n'implique pas nécessairement l'absence du goût, car les particules odorantes peuvent encore dans ces cas, pendant l'acte de la mastication. monter à la suite du pharynx et atteindre les zônes olfactives.

Le développement du thorax en cage de poule, signalé par Dupuytren et attribué par lui à l'hypertrophie des amygdales est une des conséquences les plus fâcheuses de la respiration buccale. Pour bien se rendre compte de ce mode de développement de la cage thoracique il n'y a qu'à obstruer les deux narines et à inspirer fortement par le nez. On constate à ce moment un enfoncement de l'appendice xyphoïde et une voussure du thorax. Si maintenant vous prenez en considération l'obstruction nasale chez un enfant, en voie de développement, vous comprenez facilement qu'un jeu aussi anormal du thorax ne peut faire autrement que de développer à la longue une

voussure définitive qui représente le type respiratoire de l'individu. Si vous ajoutez à cela que les enfants qui respirent mal n'absorbent pas suffisamment et régulièrement l'oxygène indispensable au renouvellement du sang, qu'ils deviennent anémiques, qu'ils subissent facilement l'auto-infection, qu'ils développent du rachitisme, vous aurez une idée complète du tableau clinique que présentent les adénoïdiens, parce que ceux-là surtout respirent mal par le nez.

En vérité lorsque nous rencontrons des désordres aussi graves, simplement comme conséquence d'obstruction nasale, on ne peut manquer d'être frappé de l'importance des fonctions nasales, quoiqu'il soit difficile de concevoir au premier abord pourquoi la respiration buccale plus aisée ne serait même pas préférable.

Il est assez probable que la contraction des tubes bronchiques est une valve régulatrice physiologique qui empêche l'air impropre à la respiration de pénétrer jusqu'aux vésicules pulmonaires et que ce jeu des bronches a pour effet de renforcer les fonctions du nez, de les compléter en quelque sorte.

Mais à elles seules, elles ne peuvent suffire à la tâche, on en a une preuve manifeste dans les cas d'asthmes. Aussi longtemps qu'un asthmatique peut respirer librement par le nez le malaise qu'il éprouve est supportable, mais le nez est-il sténosé, la gêne respiratoire est intense, l'angoisse est excessive. Bien plus, le traitement nasal de l'asthme a enrégistré de nombreux succès, il a suffi d'enlever des polypes, des hypertrophies de la muqueuse des cornets, de corriger des déviations ou des épaississements de la cloison pour obtenir une guérison d'attaque d'asthme.

Sans doute, l'asthme n'est pas toujours d'origine nasale, cette maladie peut être étudiée à beaucoup d'autres points de vue qui n'entrent pas dans le cadre de ce travail, mais il est bon de se rappeler le rôle capital que joue le nez dans cette maladie.

La sténose nasale, passagère ou permanente, a son retentissement sur toutes les cavités qui sont tributaires du nez, ce sont les sinus qui se congestionnent, dont l'ouverture devient rétrécie ou obstruée, ce sont les canaux lacrymaux qui opposent un obstacle au cours régulier des larmes et qui en favorisent la

décomposition, exposant l'œil, par le fait même, à toute sorte de danger d'irritation et d'infection, enfin, c'est l'oreille elle-même qui est menacée par les relations intimes qui existent en la trompe d'Eustache et la cavité nasale du même côté.

Que la surdité, si commune dans ces cas, soit considérée comme une extension d'un état catarrhal, ceci reste ouvert à la discussion. Ce qui est certain c'est que la surdité récente, résultant de tumeur adénoïde et accompagnant une gêne respiratoire nasale cède comme par enchantement à l'opération des végétations.

S'il est difficile d'établir la juste part qui revient aux tumeurs adénoïdes comme facteur d'otite moyenne, il est impossible de méconnaître la part qui revient à un état catarrhal des fosses nasales et du naso-pharynx, il est plus rationnel d'admettre que ces deux états se prêtent un mutuel secours et concourent parallèlement à produire les affections de l'oreille moyenne si communes dans l'enfance.

Nous pourrions faire le même rapprochement entre les deviations de la cloison, l'état catarrhal des fosses nasales et la surdité. Depuis longtemps nous avons été frappé de la fréquence des maladies de l'oreille moyenne et surtout l'otite sclérémateuse chez les porteurs de fortes déviations de la cloison. Nous avons même tenu note d'un grand nombre de cas notant avec soin le côté sténosé, l'oreille atteinte de sclérose et le degré de surdité.

Ces observations. qu'il serait fastidieux de reproduire ici, démontrent à quelques exceptions près que la surdité siège généralement du côté sténosé et dans les cas ou elle existe des deux côtés elle est généralement plus prononcée du côté de la déviation ou de l'épaississement de la cloison.

Il eut été intéressant de pouvoir établir le degré de sténose par la différence du volume d'air qui circule dans chaque narine, mais ces recherches exigent un outillage peu en rapport avec un service hospitalier, d'ailleurs, un instrument d'une valeur précise est encore à trouver. A défaut de points de comparaison d'une nature exacte, nos observations et le jugement qui en découle ont porté sur des cas très prononcés où l'air passe avec difficulté en sifflant dans la fosse nasale rétrécie.

Encore ici pourrait-on invoquer l'état catarrhal si commun dans ces cas pour expliquer la surdité, on pourrait aussi invoquer l'état particulier du naso-pharynx qui résulte du passage d'un volume d'air trop considérable par la narine oppressée et surtout par les conditions dans lesquelles cet air arrive à la paroi pharyngée.

Nous sommes portés naturellement à considérer le mal où il se trouve localisé sans penser toujours à rechercher les causes au loin, nous en avons un exemple, à propos du larynx devenant enflammé sous l'influence d'une sténose nasale, nous pourrons en dire autant de la prétendue pharyngite sèche et de la pharyngite granuleuse. Que de fois cet état est dû à une respiration nasale défectueuse. Dans la pharyngite sèche, par exemple. l'air, au lieu de circuler librement dans les interstices humides du nez, passe directement en arrière le long du méat inférieur et arrive sur la paroi pharyngée dans une condition anormale de sécheresse. De même qu'une rivière coule plus rapidement lorsque ses rives se rétrécissent, ainsi en est-il de l'air inspiré passant par le méat inférieur avec une vitesse anormale, s'évaporant rapidement et laissant une pellicule de mucus desséché. L'apparence desséchée de la muqueuse se localise à la paroi pharyngée, les pilliers et le voile du palais ne participent jamais à cet état, la sécheresse correspond à la partie exposée aux courant d'air inspiré.

Généralement cette pharyngite sèche est interprêtée à tort comme synonyme de pharyngite atrophique, mais en observant attentivement on ne tarde pas à constater qu'elle se rencontre avec l'hypertrophie et qu'elle est réellement un symptôme d'obstruction nasale, s'accompagnant en même temps d'une laryngite chronique.

Les tumeurs adénoïdes, facteurs importants de surdité, jouent un rôle proéminent dans l'occlusion nasale. Chez un grand nombre de patients souffrant de tumeurs adénoïdes la cavité des fosses nasales apparait petite. le palais dur est arqué et rétréci en avant. Le maxillaire supérieur prend une forme en V ; plus cet état est prononcé plus la voûte est élevée. Les dents se développent mal (over crowded) dans un espace devenu trop étroit, le massif du maxillaire supérieur s'affaisse,

la cavité des sinus est moins grande; la maxillaire inférieure tombe et le sillon labio-nasal s'efface en étant attiré directement en bas. Ceci donne un certain air d'hébétude aux adénoïdiens que justifie jusqu'à un certain point un manque de développement intellectuel en rapport avec une audition défectueuse, un état maladif constant, mais cet état n'appartient pas en propre aux tumeurs adénoïdes puisqu'après tout il n'est que le résultat d'une gêne respiratoire nasale, on pourrait se demander si l'obstruction nasale causée par le catarrhe détermine l'apparition des tumeurs adénoïdes ou si ce sont ces dernières qui sont la cause du catarrhe nasal. C'est surtout dans les climats froids qu'on remarque le plus de tumeurs adénoïdes mais c'est aussi dans ces climats que les affections aiguës et chroniques du nez sont les plus fréquentes. Les tumeurs adénoïdes apparaissent souvent après la rougeole et la scarlatine où l'on sait que le symptôme du début de ces pyrexies est le coryza et qu'il se continue après la guérison de la fièvre. Un fait certain c'est qu'une gêne dans le naso-pharynx entraîne nécessairement un tirage plus fort et ce tirage exagéré a l'effet d'une vantouse sèche sur la muqueuse nasale, attirant le sang dans la muqueuse des cornets aspirant l'air de l'oreille moyenne et des sinus et produisant un colapse du massif des os de la face. Il s'établit certainement alors un cercle vicieux, ou la sténose nasale favorise l'accroissement des tumeurs adénoïdes ou ces dernières augmentent l'hypertrophie de la muqueuse nasale. On aurait tort de tout attribuer à ces causes et de ne pas prendre en considération le terrain sur lequel se développe cet état. Terrain héréditaire prétend Meyer et Lœvenberg, dans tous les cas, terrain spécial où le tissu lymphoïde a une grande facilité à prendre de l'extension. On serait tenté de croire que les tumeurs adénoïdes sont les causes principales, puisque, étant enlevées on voit le nez devenir libre, le catarrhe disparaître, l'oreille devenir plus claire et la santé générale prendre un essort immédiat vers le mieux. Cependant dans le cas de perforation du voile du palais, les tumeurs adénoïdes sont la règle, acquèrent un développement considérable. Dans ces cas, l'air en passant librement par le nez arrive immédiatement dans le pharynx buccal, c'est-à-dire qu'il n'ex-

iste plus de cavité correspondant au pharynx nasal. Peut-on supposer que dans ce cas comme dans les autres cas de tumeurs adénoïdes, le pharynx nasal ne pouvant remplir ses fonctions réchauffer l'air froid qui arrive par le nez, le sang qui remplit ce rôle à l'état normal s'emploie alors à suralimenter le tissu lymphoïde qui existe déjà?...

Ce serait d'ailleurs l'application d'un principe bien reconnu, que l'interruption dans l'accomplissement d'un travail nécessaire produit l'hypertrophie ce serait une dérivation de nutrition. Nul doute que le contrôle exercé par le système vasomoteur chez des sujets sains peut contrebalancer pendant un certain temps la tendance à la dilatation artérielle, mais à la longue la succion sur les veines et les lymphatiques dans la sténose nasale finit par l'exempter surtout chez des sujets affaiblis par d'autres maladies.

Comme conclusion de ce qui précède je ne saurais trop insister sur la nécessité de surveiller attentivement la respiration nasale, de ne pas oublier que c'est la porte d'entrée de l'oxygène, de la nourriture du poumon, du sang, nourriture aussi importante que celle du carbone qui passe par l'œsophage. Que, pour cette raison, le bien-être général est intimement lié à une respiration nasale normale; que l'oreille est menacée aussi longtemps que la sténose nasale existe, enfin que le fonctionnement régulier du poumon, des bronches, du larynx et du pharynx nasal est incompatible avec une respiration exclusivement buccale.

Enfin, mettant à profit les données nouvelles sur la phagocytose nasale il ne faut pas perdre de vue que le mucus nasal normal lutte de son côté pour la défense de l'économie contre les invasions microbiennes et qu'à l'état pathologique cette défense s'affaiblit ou s'annule. Il est donc de la plus haute importance d'assigner au nez dans l'étude de certaines affections la place importante qu'il a droit d'occuper.

UN CAS DE HERNIE INGUINALE A DOUBLE SAC (1)

Par O.-F. MERCIER

Chargé de la clinique chirurgicale à l'Université-Laval. Chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame.

Permettez-moi de vous rapporter un cas de hernie opérée dernièrement et qui, au point de vue anatomique, présente un certain intérêt.

Petite hernie inguinale gauche, directe, contenant de l'épiploon et de l'intestin et paraissant être complètement réductible. Le malade, âgé de 45 ans, a sa hernie depuis quatre à cinq ans, et a, dès les débuts, porté un bandage.

Après examen minutieux, local et général, auscultation, examen des urines, etc., je décide l'intervention sous le chloroforme que le patient préfère. Incision oblique haut située, débridement du canal inguinal dans toute l'étendue de sa paroi antérieure, puis dissection du sac. Cette dissection se fait facilement jusqu'à l'anneau interne. J'oubliais de dire que la hernie n'était pas de type congénital.

Le sac ouvert, j'y trouve de l'épiploon irréductible et adhérent intimement à toute sa surface interne. Je décolle par des tractions légères, aidé de petits coups de ciseaux, cet épiploon, jusqu'au pourtour de l'anneau interne du collet du sac, je cherche à pénétrer dans la cavité abdominale, mais cet accollement entre le péritoine et l'épiploon se continue trop loin pour que j'ose poursuivre cette manœuvre jusqu'au bout.

Je vous avoue que j'eus alors un moment d'hésitation. J'avais déjà vu deux différents chirurgiens enlever chacun une partie de la vessie de leur malade, il est vrai qu'il n'en était pas résulté grand mal, mais je n'aurais pas voulu que la même chose m'arrivât.

L'anneau interne était très large, la hernie directe, j'étais certainement en droit de craindre cette éventualité.

Pour m'assurer que je n'ai là autre chose que du tissu épiploïque, je fends en deux, longitudinalement, cette portion d'épiploon. N'y trouvant rien de particulier, je passe une ligature

(1) Communication faite à la Société médicale de Montréal, séance du 4 décembre 1900.

double à travers sa base, je l'attache solidement et l'enlève d'un coup de ciseaux. Ligaturer le sac, libérer en bloc les éléments du cordon, compléter mon intervention par un Bassini, fut l'affaire de quelques instants.

Le pansement ayant été mis en place, j'examine les pièces enlevées. Quand au sac, rien de particulier, je passe à l'épiploon et je vous assure que grande fut d'abord ma surprise et grand aussi fut mon effroi en constatant que cette dernière pièce présentait aussi la forme d'un sac, que je retournai d'ailleurs à l'envers, dont l'intérieur tapissé de tissus présentant macroscopiquement toutes les apparences de la surface interne de la vessie.

Cependant, après quelques instants de réflexion, je trouvai l'épaisseur entière de ce second sac trop mince pour de la paroi vésicale, et d'ailleurs cette couche de tissus cellulo-graisseux qui en formait l'extérieur n'avait aucunement l'apparence péritonéale.

Tout de même, pour acquit de conscience, j'en fis faire l'examen histologique par M. le docteur Bernier, chef de notre laboratoire, et j'eus la satisfaction d'apprendre que le microscope en faisait lui aussi de l'épiploon. En voici d'ailleurs le rapport:

" Sur une coupe oblique de l'organe suivant l'épaisseur on y " trouve du tissu fibroïde, et à un certain endroit, la couche en- " dothéliale du péritoine avec ses cellules pavimenteuses, petit " fragment probablement détaché par le razoir, étalé en surface " et adhérent par un point aux autres couches. Aucune trace " de muqueuse intestinale ou vésicale."

Comment maintenant expliquer cette disposition et l'existence de ces deux sacs exactement superposés l'un dans l'autre. En voici, je crois, l'explication fort simple: l'épiploon descendant très-bas, l'intestin appuyant sur sa surface étalée sur la partie inférieure et antérieure du péritoine pariétal, en poussa jadis, lors de la formation de cette hernie, vers l'anneau dilaté préalablement, une certaine partie dont il se recouvrit entièrement. Cette partie de l'épiploon débordant tout à l'entour de l'anneau finit par adhérer totalement au sac, au collet du sac et au péritoine pariétal même, en sorte que dans la suite, le sac proprement dit demeura lui-même définitivement

tapissé de cette seconde couche que l'intestin venait continuellement habiter lors de sa descente. Ce choc, cette douce friction de l'intestin finit par accroître et compléter cette symphise de l'épiploon au sac et de plus, augmenter l'épaisseur de la trame élastique de l'épiploon tout en donnant cette apparence spéciale, qui m'avait d'abord frappé, à la couche épithéliale pavimenteuse de l'organe hernié.

J'ai cru devoir, Messieurs, vous rapporter cette observation non-seulement parce que cette disposition anatomique est très-rare, mais surtout pour vous faire part de l'inquiétude que me causa la découverte de ce second sac, dont je ne pus d'abord m'expliquer l'existence.

Mon inquiétude d'ailleurs eût double raison de cesser bientôt, car la guérison rapide et sans aucune réaction inflammatoire s'opéra si bien que mon opéré put quitter l'hôpital dix jours plus tard, complètement guéri et n'ayant éprouvé aucune espèce de douleur ou de trouble, tant du côté de sa plaie entièrement cicatrisée que du côté de sa vessie absolument intacte.

CARONCULES DE L'URÈTHRE (1)

Par DE L. HARWOOD

Agrégé-Gynécologiste de l'Hôpital Notre-Dame.

Le sujet que je voudrais ce soir étudier avec vous, n'est pas, je le sais, de haute volée scientifique; cependant, j'espère que, par suite de son côté essentiellement pratique, vous voudrez bien lui faire bon accueil.

Les affections de la vessie et de l'urèthre chez la femme—affections pour lesquelles nous sommes si souvent consultés — sont, dans la grande majorité des cas, le résultat d'une infection.

Et cet état de choses n'a rien de bien étonnant si l'on se rappelle l'anatomie microscopique et la disposition de ces organes.

L'urèthre, tapissé d'un épithélium délicat, où se groupent de nombreuses lacunes et glandes, débouche directement dans les organes génitaux externes. Or, il est admis que, même à l'état normal, la vulve et le vagin constituent un cloaque où cohabitent de nombreux micro-organismes. Si vous ajoutez, à ce mauvais voisinage, les agents infectieux apportés du dehors, par les coïts impurs, le contact de vêtements souillés, les manipulations chirurgicales ou de simple toilette vous vous rendrez compte de la facilité avec laquelle l'urèthre peut être contaminé.

Parmi les ennemis envahisseurs de la muqueuse uréthrale, le plus actif comme le plus répandu est certainement le gonocoque.

Je crois pouvoir affirmer sans exagération que, s'il nous était possible, à un moment donné, de supprimer complètement l'infection blennorrhagique, nous verrions diminuer, dans une proportion très considérable, les troubles de l'appareil urinaire chez la femme.

Cette grande fréquence de l'infection des voies urinaires, jointe à un mode d'examen insuffisant, nous pourrions même dire tout à fait défectueux, explique les erreurs si souvent com-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 14 janvier 1900.

mises dans l'appréciation des lésions que nous rencontrons du côté de ces organes.

Le médecin, par routine, semble voir partout et toujours de la cystite et de l'uréthrite.

Procéder de la sorte, c'est mettre de côté tout un groupe d'affections qui n'ont rien de commun avec ces lésions inflammatoires et qui, nécessairement, réclament un tout autre traitement. L'erreur de diagnostic entraîne fatalement l'application d'un traitement erroné, qui sera pour le moins, tant pour la malade que pour le chirurgien lui-même, désappointant dans ses résultats.

Même si nous écartons ce groupe très important d'uréthrites infectieuses, nous restons avec toute une série de lésions pathologiques capables d'entraver le bon fonctionnement de l'uthre.

Qu'il nous suffise de citer ici les cancers, le polypes, et les caroncules. Ces derniers, par ordre de fréquence, occupent le premier rang, aussi est-ce à leur étude que je limiterai mon travail.

Les caroncules de l'urèthre furent reconnus dès 1750 par S. Sharp, qui les décrit " de petites excroissances du méat urinaire, capables de déterminer de grands troubles dans un organe aussi sensible que l'urèthre. En 1751 Morga qui les signala au cours d'un examen post-mortem, pratiqué sur une fille de 15 ans. Depuis, cette affection fut bien étudiée et la littérature à consulter sur ce sujet est volumineuse.

Les caroncules sont de petites tumeurs vasculaires qui se développent sur la muqueuse uréthrale au voisinage du méat, plus généralement sur sa moitié inférieure.

Ces tumeurs, que l'on rencontre, sont de différentes dimensions, depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une amende, elles affectent des formes variées. Tantôt à base large, elles s'étalent sur la muqueuse, présentant une surface bosselée, tantôt elles ne sont retenues que par un pédicule grèle et long qui leur permet de flotter librement au niveau du méat. Elles sont de couleur rouge vif, et d'une sensibilité excessive. Ces néoplasmes sont, de plus, compressibles, c'est-à-dire que sous la pression des doigts leur volume diminue.

La constitution histologique de ces néoplasmes est simple: des vaisseaux nombreux et dilatés, du tissu conjonctif recouvert d'épithélium pavimenteux; on n'a pas démontré d'une manière satisfaisante, la présence, dans ces tissus, d'une proportion exagérée de fibres nerveuses, comme semblerait l'indiquer leur sensibilité toute particulière.

Le symptôme révélateur de ces tumeurs, c'est la douleur, accentuée surtout au moment de la miction, quelquefois le mouvement suffit pour la réveiller. Les souffrances déterminées par la présence de ces caroncules peuvent atteindre un tel degré qu'elles ont un retentissement considérable sur la santé générale des malheureuses qui les portent. Ces femmes ne sont plus que de véritables infirmes constamment préoccupées de leur cruelle affection.

Les douleurs déterminées par les caroncules, s'irradient vers l'utérus, la portion supérieure du vagin et la région sacrée, d'où l'erreur fréquente d'incriminer les organes pelviens comme coupables de tous ces méfaits.

Nous avons personnellement rencontré des malades, qui, pendant des semaines, avaient été soumises à des douches et à des pansements vaginaux alors qu'elles ne souffraient qu'à cause de la présence d'un caroncule uréthral. Quand, avec une histoire de douleurs vives, lancinantes, *dans le passage*, — comme nous disent les malades, — douleurs, qui atteignent leur paroxysme au moment des mictions, l'on peut raisonnablement exclure l'uréthrite aiguë, la présence d'un caroncule de l'urèthre doit être soupçonnée et soigneusement recherchée.

Pour la recherche de ces tumeurs de l'urèthre, le toucher seul, malgré les données qu'il peut fournir, n'est pas suffisant, il faut avoir recours à l'examen du conduit urinaire. Pour arriver à faire une bonne inspection de cet organe l'on se trouvera bien de procéder comme suit: placez la malade dans la position dorsale, en face d'une fenêtre ou d'une lumière artificielle, de manière à vous ménager un bon éclairage, faites écarter largement les genoux, puis étalez bien la portion supérieure de la vulve afin de mettre à jour tout le bulbe uréthral, dans ces conditions votre tâche devient facile.

En effet, si, à l'entrée de l'urèthre, implantée sur la muqueu-

se, se trouve une petite masse charnue, rouge vif et sensible, il vous est permis de poser le diagnostic de caroncule de l'urèthre. Ces néoplasmes, ne se révèlent cependant pas toujours aussi nettement que je viens de l'indiquer. Les symptômes peuvent être moins accentués. La tumeur, rudimentaire, ou située plus haut dans le canal uréthral, n'est plus que difficilement aperçue, dans quelques cas même, sa recherche nécessitera l'aide d'un spéculum uréthral.

Le diagnostic de caroncule de l'urèthre posé, quel moyen prendre pour en libérer notre malade. Pour être efficace, le traitement doit toujours entraîner la destruction complète du tissu néoplastique. La guérison ne sera possible qu'à cette condition, car, les caroncules ont une propension très considérable à récidiver.

Pour arriver à ce résultat, nous disposons de moyens divers: l'application de caustiques chimiques, l'ablation par le bistouri, l'ignition par le galvano-cautère. L'usage des caustiques n'est pas sans inconvénients, il est difficile de bien limiter leur action, tant en profondeur qu'en étendue, aux tissus à détruire et nous sommes exposés à laisser de larges surfaces avivées dont la cicatrisation pourrait compromettre le calibre de l'urèthre.

Le bistouri est de beaucoup plus avantageux, mais le chirurgien doit faire en sorte, au cours de l'intervention, de respecter toute la muqueuse saine afin d'éviter les ennuis d'un rétrécissement post opératoire.

Le galvano-cautère est à notre avis l'instrument de choix; son action est sûre, sa manipulation facile et précise. Les bons services qu'il nous a rendus dans presque tous nos cas, font que nous lui accordons volontiers la préférence.

Pour l'exécution de ces opérations, l'anesthésie générale, n'est pas toujours nécessaire. Il suffit, le plus souvent, d'appliquer pendant quelques minutes au niveau de la tumeur, un tampon de ouate imbibé d'une solution de cocaïne à $^5/_{100}$, pour enlever toute sensibilité.

Si l'opération est pratiquée avec les précautions aseptiques d'usages, la guérison complète se fera promptement et le soulagement est immédiat.

Vous voudrez bien me permettre de terminer ce modeste travail par le rapport de deux cas, choisis entre douze ou quinze qu'il m'a été donné d'observer. Je les considère comme typiques et peut-être leur souvenir vous sera-t-il de quelqu'utilité si les hasards de la pratique générale vous plaçaient en face de cas présentant quelqu'analogie avec ceux que je vais vous décrire succintement.

Ier cas. — Mad. B..., âgée de 44 ans, veuve, mère de 5 enfants dont 3 vivants. Bonne santé, jusqu'à il y a un an environ — menstruation normale, — n'a jamais eu de troubles du côté des voies urinaires, des intestins ou de l'utérus.

Pas d'infection notable au moment des couches, pas d'histoire de blennorrhagie.

Depuis la mort de son mari, Mad. B... restée sans ressources, dut travailler beaucoup dans une maison de pension qu'elle dirige elle-même. Il y a douze mois environ. les mictions deviennent pénibles, légères d'abord, mais bientôt ce sont de véritables souffrances que la malade endure. Après quelque temps elle se voit forcée de consulter un médecin. Celui-ci porte tout au compte de *son âge* et lui prescrit une purge et des douches vaginales.

Le soulagement fut nul. Les symptômes allèrent en augmentant à tel point que la pauvre malheureuse ne peut plus vider sa vessie sans pousser des gémissements, elle en est rendue à se réfugier dans une pièce écartée de sa maison pour uriner afin d'éviter d'être entendue de ses enfants à qui elle cache scrupuleusement sa situation.

C'est dans cet état qu'elle se présente à mon bureau. L'examen révèle la présence d'une caroncule de l'urèthre de la grosseur d'un noyau de datte et excessivement sensible.

Le lendemain, Mad. B... que je persuade, non sans difficulté, de l'efficacité et de la non gravité de l'intervention, est délivrée de sa caroncule. Si les beaux sentiments, éloquemment exprimés, peuvent être une récompense pour nos peines, j'ai certes, cette fois, été largement payé de mon travail.

IIe cas. — Mademoiselle N..., âgée de 21 ans, état général peu satisfaisant. Menstruation régulière mais douloureuse, leucorrhée peu abondante. Pas d'infection appréciable. Souffre

depuis deux ans *dans le passage,* surtout au moment d'uriner. Mlle N... a reçu pour cette affection les soins de deux médecins, traitement interne.

Depuis 4 à 5 mois les douleurs sont beaucoup plus accentuées, *atroces* me dit la malade. Mlle N..., éclairée des *savants conseils* de sa mère et un peu aussi de sa voisine, rapporte toutes ses souffrances à sa matrice, qu'elle croit très malade.

Cette conviction lui fait remettre depuis plusieurs mois un mariage avantageux. Ces souffrances morales jointes aux peines physiques ont notablement altéré sa santé.

Appelé auprès d'elle, je n'ai pas de peine, après un examen local, à porter le diagnostic de caroncule. La tumeur, grosse comme une groseille, ferme presque le méat urinaire. Quelques jours plus tard je pratiquais l'opération qui devait débarrasser Mlle N... de ses douleurs *atroces.* Nous avons eu l'honneur et le plaisir d'être informé de son mariage.

LUXATION DU TESTICULE

Par T. PARIZEAU

Chargé du cours de médecine opératoire à l'Université Laval. Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

Un accident du travail nous a mis à même d'observer au mois d'août dernier, un malade des plus curieux. Il s'agit d'une luxation du testicule gauche, affection rare en soi et se présentant en l'espèce dans des circonstances des plus bizarres.

Le malade, un homme de 64 ans, de taille et de résistance moyenne, travaillait à une excavation, lorsqu'un éboulis l'ensevelit complètement. On le sortit de là à moitié asphyxié et porteur de nombreuses contusions. L'interne ambulancier le trouva dans un état voisin du coma, d'où il ne sortit que pour se plaindre de douleurs intolérables au côté gauche du thorax. Après examen, on fit le dignostic d'une triple fracture de côtes et le malade fut amené à l'hôpital, où le traitement approprié ne le soulagea qu'à demi. En effet, il demeura sous le coup d'une réaction nerveuse extrêmement pénible. Pâle, le pouls rapide et faible, la respiration fréquente et douloureuse, il présentait en outre, cette particularité de vomissements alimentaires et autres, répétés et prolongés fort avant dans la nuit. Sous l'effet d'une stimulation active, il reprit un peu d'aplomb vers le matin et put même dormir quelques heures avant ma visite, ce qui me le fit voir sous un aspect un peu moins misérable. Mon examen confirma le diagnostic établi et tout paraissait en bonne voie, lorsque dans la deuxième semaine de son séjour chez nous, un bon matin, le malade attira mon attention sur une tuméfaction située à la surface inférieure de son pénis. Un peu molle, assez régulièrement ovalaire, à peu près indolore, cette masse, au niveau de laquelle, la peau était ecchymosée, me parut être un hématôme et je fis appliquer immédiatement un pansement humide et compressif. Je songeai d'autant moins au testicule, que le scrotum paraissait normal des deux côtés quant au contenu. A peine y avait-il un peu d'œdème accompagné d'ecchymose extrême. Je revis le ma-

lade les jours suivants et les symptômes extérieurs s'améliorant, je restai finalement avec la tuméfaction sous-pénienne mieux définie, moins floue, et un scrotum plus souple, ce qui me permit de constater qu'il était veuf de sa glande, celle-ci ayant vraisemblablement élu domicile plus haut.

Du reste, on n'en trouvait trace, ni dans le canal inguinal, ectopie en retour de Foville, ni aux environs du pubis, ni au niveau du périnée, luxations proprement dites, dont on possède deux ou trois exemples. Force était donc d'accepter comme testicule cette bizarre tuméfaction sous-pénienne, malgré l'invraisemblable trajet nécessité par une telle migration et malgré surtout l'absence totale de réaction inflammatoire ou douloureuse. Tout au plus avait-on dû ouvrir l'œil sur cette réaction nerveuse des premières heures caractéristiques de certaines contusions des glandes génitales. Encore ces troubles réflexes seraient-ils, à la rigueur, également attribuables au traumatisme général assez violent peut-être pour avoir donné le branle. Quoiqu'il en soit, le diagnostic étant posé, je pensai laisser intact le nouvel état anatomique. Cependant, sur réclamation du malade et sur représentation de sa part, que la fonction de l'organe pourrait bien être compromise, je fis l'intervention sanglante que me permit de constater toute chose en bonne et due forme.

J'incisai obliquement la partie du scrotum en allant vers la racine de la verge. Je trouvai la vaginale remplie d'un liquide séreux analogue à celui de l'hydrocèle, liquide que je pouvais avant l'incision faire refluer vers la partie renflée de la verge. J'essayai à ce moment de réduire la glande à travers l'ouverture qui avait permis son déplacement, mais la cicatrisation déjà fort avancée avait atrésié l'anneau et je dus débrider assez largement pour permettre la réintégration de la glande vagabonde dans la vaginale. Restait à l'y maintenir et à combler le vide sous-pénien. Je pus constater à cette occasion, une particularité souvent mentionnée à propos de la cure radicale des hydrocèles vaginales. On sait, en effet, que le feuillet pariétal de la séreuse, après excision complète, se reconstitue par extension du feuillet viscéral, la nécessité de favoriser le glissement de la glande créant cette ressource et reconfirmant l'axio-

me physiologique de " la fonction créatrice de l'organe." Le testicule chassé brutalement de son nid, en entraînait les débris, et de ces débris, immédiatement, sortait une autre gaine épithéliale complète que je pus disséquer et suivre jusqu'au-dessous de la boutonnière qui avait donné issue à la glande. Je la réséquai à ce niveau et la fermai d'un surjet emprisonnant ainsi la glande réintégrée.

La peau à son tour étant refermée, je posai sur le tout un pansement de collodion au traumatol, pour obtenir, par rétraction de celui-ci, une adhérence parfaite des couches profondes et j'eus la satisfaction de voir mon malade guérir sans encombre. Je l'ai revu à plusieurs reprises, depuis sa sortie, et la glande ne paraît pas, après plusieurs mois, avoir subi la moindre atrophie.

Il semblerait plausible de trouver cette atrophie après un pareil traumatisme. . De même estimerait-on impossible que le même traumatisme ne produisit pas la réaction inflammatoire d'une formidable orchite, le testicule réagissant si rapidement et si violemment pour une contusion parfois insignifiante. Et celle-ci ne fut pas insignifiante. Que l'on songe à l'énorme pesée de l'éboulis qui fracture trois côtes et trouve moyen de pousser à travers une couche de membranes fibreuses de glande résistante, la glande génitale coiffée de sa séreuse. L'anatomie topographique de la région nous apprend, en effet que sur le chemin parcouru par le testicule au moment du traumatisme, le pénis étant relevé, on trouva le feuillet viscéral de la vaginale, la tunique fibreuse particulièrement dense dans l'espèce, le dartos, sans compter les fibres crémastériennes et les diverses couches de tissu cellulaire interposées. Il a donc fallu une force considérable pour faire trouée, et le merveilleux, c'est qu'au bout de cette violence on trouve une réaction nulle ou à peu près. On n'observe même pas, au moment de l'opération, les symptômes légers de la contusion du testicule au premier degré, légères suppressions sanguines sous-albuginées et provenant de la rupture de petits vaisseaux intertubaires. Le testicule est de couleur et de consistance normales et sa nutrition, la suite l'a prouvé, n'a pas reçue d'accroc.

Autre détail inédit, la localisation de la glande sous la partie moyenne du pénis.

Dans les deux observations publiées jusqu'à ce jour, on a rencontré, le testicule, une fois (observation de Hess) logé dans la bourse du côté opposé, ayant ainsi traversé la cloison, et dans l'autre cas, (observation de Bruns) sous la peau du pubis.

L'un et l'autre patient avaient roulé sous les roues d'un véhicule, subissant ainsi, un traumatisme qui selon le cas, peut être anodin ou fatal, mais n'est en rien plus considérable que l'éboulis qui nous a permis d'observer le curieux échantillon de pathologie que nous avons crû intéressant de rapporter, peut-être un peu longuement.

LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DES FIÈVRES ÉRUPTIVES (1)

Par E. P. BENOIT

Professeur suppléant de pathologie interne à l'Université Laval.

Voici un chapitre de pathologie interne qui est pour nous, médecins praticiens, d'une importance de premier ordre, et qui mérite d'attirer toute notre attention. Non seulement est-il nécessaire de poser le plus tôt possible le diagnostic des fièvres éruptives, si l'on veut être en mesure d'établir d'une manière efficace les principes de prophylaxie que l'hygiène nous enseigne, mais encore faut-il être en état de ne pas faire d'erreur de jugement, si l'on tient à conserver sa bonne réputation de médecin. Or, ce chapitre du diagnostic des fièvres éruptives paraît passablement compliqué à première vue, et demande à être analysé avec quelque détail si l'on veut en avoir une idée d'ensemble suffisamment juste. Ayant eu dernièrement à expliquer ces choses à messieurs les étudiants, j'ai été frappé par certains points auxquels, à mon avis, les auteurs ne donnent pas suffisamment de relief, et cela m'a suggéré l'idée de vous en faire part. Ces quelques notes ne sont destinées qu'à servir d'entrée en matière à une discussion où chacun de vous apportera le fruit de son expérience personnelle, et nous dira quels sont les symptômes qui, dans sa pratique, lui ont le mieux servi à reconnaître dès son début la scarlatine, la rougeole ou la variole.

Mais pour que la discussion nous soit bénéficiable, il est bon, je crois, de limiter d'abord le sujet, afin de ne pas nous laisser entraîner à des longueurs trop considérables. Il est inutile de s'attarder, par exemple, à décrire minutieusement l'éruption de la scarlatine, celle de la rougeole, puis celle de la variole, puisque ces trois éruptions offrent des caractères absolument pathognomoniques, qui suffisent par eux-mêmes, dans les cas réguliers j'entends, à fixer le diagnostic dès que l'une de ces éruptions apparaît sur la peau. D'un autre côté, la pé-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 15 janvier 1901.

riode d'incubation est une période absolument silencieuse dans les trois cas, et là seulement où apparait la différence, c'est dans la durée. Or, savoir que l'incubation dure trois jours dans la scarlatine, neuf à dix jours dans la rougeole, et dans la variole quatorze jours, ne peut avoir, au point de vue du diagnostic, qu'une valeur rétrospective, puisque, d'une part, le médecin n'est appelé que lorsque la maladie se révèle par des symptômes, et que, d'autre part, voulût-il calculer la durée d'incubation d'une maladie qu'il n'a pas encore diagnostiquée, les renseignements précis lui manqueraient pour le faire. A cet égard, la notion de l'existence d'une épidémie lui sera d'un bien plus grand secours, encore que cette notion, par elle-même, ne définisse rien.

Le diagnostic ne devient positif, ou du moins probable, qu'avec l'existence d'un signe révélateur. C'est donc entre le moment où le premier symptôme apparait et celui où l'éruption fait sa sortie sur la peau que s'écoule la période propice au diagnostic précoce, celle où le médecin peut reconnaître la nature de la maladie, et où il est important qu'il le fasse. Aussi est-ce de cette période, dite d'invasion, que nous voulons nous occuper exclusivement.

La période d'invasion, en effet, offre à l'établissement du diagnostic des signes précieux, et d'autant plus précieux pour quelques-uns d'entre eux qu'ils sont particuliers à l'une ou l'autre des fièvres éruptives. La scarlatine n'envahit pas l'organisme de la même manière que la rougeole, et la variole de son côté a une façon spéciale de s'implanter chez un malade. On pourrait définir la variole "une perturbation générale conduisant à la suppuration de la peau," tandis que la scarlatine et la rougeole sont, la première une angine sévère, la seconde, un catarrhe prononcé, l'un et l'autre suivis d'une éruption.

Le contraste entre la scarlatine et la rougeole est facile à établir, du moins dans les cas d'intensité moyenne qui suivent une marche normale.

La scarlatine débute brusquement et évolue avec rapidité; la période d'invasion dure à peine douze ou vingt-quatre heures. Le petit malade se plaint de sa gorge, ou du moins éprouve de la difficulté à avaler; sa figure est rouge, sa peau est

ardente; il a des frissons, des vomissements, parfois de la diarrhée, assez souvent des convulsions. La rougeole débute d'une manière insidieuse, et sa période d'invasion, la plus longue de toutes celles des fièvres éruptives, dure au minimum quatre jours. L'enfant a un catarrhe qui peut très bien passer pour du coryza, qui ne tarde pas à produire le larmoiement et la photophobie, qui donne même au larynx une toux férine assez particulière et plus tard de l'enrouement. La rougeur à la figure est localisée aux pommettes ou n'existe que sur les joues; la peau est sèche, mais elle n'est pas ardente. S'il y a de légers frissons, du moins le tube digestif est peu atteint, et l'on a rarement des vomissements ou des convulsions. L'amygdalite, il va sans dire, fait absolument défaut, et l'angine est trop peu prononcée pour donner des symptômes locaux.

Cette différence, assez marquée, le devient davantage quand on examine la température et le pouls. La fièvre de la scarlatine est forte dès le début; elle monte rapidement à 40° ou 40° 5 et se maintient élevée pendant toute l'évoluion de la maladie; même l'apparition de l'éruption ne la fait pas tomber. La fièvre de la rougeole au contraire, est une fièvre légère, dont l'élévation est moins brusque, qui s'élève d'une manière irrégulière jusqu'à 30° ou 39° 5, et qui tombe dès que l'éruption apparaît. Le pouls offre une pareille dissemblance: il est plein et très rapide dans la scarlatine, atteignant jusqu'à 140 ou 160 pulsations à la minute, tandis que dans la rougeole il est peu accéléré et peu rempli. C'est cette plénitude et cette rapidité particulière du pouls que Trousseau regardait comme l'un des meilleurs signes cliniques de la scarlatine, pouvant la faire reconnaître même dans les formes abortives; c'est certainement un signe qui suffit à faire écarter la rougeole.

Ces constatations préliminaires étant faites, c'est l'examen de la gorge, si nécessaire chez les enfants, qui fixe d'une manière définitive le diagnostic, car c'est lui qui nous dit si, oui ou non, il y a angine, si les amygdales sont intéressées, ou bien si l'on n'a affaire qu'à la stomatite érythémato-pultacée de la rougeole. En effet, dans la scarlatine, non seulement on note sur le voile du palais et le pharynx une rougeur diffuse, très prononcée, offrant parfois un piqueté caractéristique, mais cette

rougeur est encore plus foncée sur les amygdales, qui sont légèrement augmentées de volume, et qui souvent montrent des productions blanchâtres à l'orifice des cryptes. La langue, grise au centre, rouge sur les bords, ne tarde pas à se framboiser. Tandis que dans la rougeole, la rougeur est loin d'être aussi diffuse que dans la scarlatine; elle est plus évidente sur la partie postérieure de la voûte et le pharynx; elle n'intéresse pas d'une manière particulière les amygdales, qui ne sont nullement gonflées. Ce que l'on remarque plutôt, c'est, sur la muqueuse buccale et les gencives, qui sont modérément rouges, un enduit épithélial blanchâtre sur lequel Comby a beaucoup insisté. L'énanthème rougeoleux se caractérise encore, dans un bon nombre de cas, par une éruption spéciale que Koplik a signalée en 1896, et qui apparaît du premier au deuxième jour de la période d'invasion. Ce sont, sur la muqueuse des joues, des lèvres, de la langue, *des petites taches blanches ou blanc-bleuâtres, très espacées, très peu nombreuses, au nombre de 6 à 20, qui résistent au frottement et ne s'enlèvent qu'avec la pince.* Ces taches sont formées de cellules épithéliales graisseuses et disparaissent avant la sortie de l'éruption; leur présence à la période d'invasion constitue l'un des meilleurs signes pathognomoniques de la rougeole. La langue est saburrale, mais ne se framboise pas.

Tels sont, en résumé, les caractères différentiels entre la scarlatine et la rougeole. D'un côté l'on a une fièvre forte, un pouls très rapide et plein, un gonflement et une rougeur très vive des amygdales, une angine érythémateuse et des vomissements, de l'abattement nerveux. De l'autre côté, tous les symptômes sont causés par le catarrhe oculo-naso-laryngé, qui donne le coryza, le larmoiement, la photophobie, la toux férine, l'enrouement, quelquefois la laryngite striduleuse; peu de fièvre et d'accélération du pouls; rougeur modérée de la gorge; enduit pultacé des gencives et souvent taches blanchâtres de Koplik. D'ailleurs, l'évolution des deux maladies est si dissemblable, la scarlatine a un développement si rapide, une période d'invasion tellement courte, que l'hésitation ne peut guère durer.

Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de différencier la scarlatine, surtout la scarlatine maligne, d'avec la variole. On aura en effet, dans les deux cas, des frissons qui peuvent être violents, des vomissements, une fièvre très forte (39° 5 à 40° 5), un pouls plein et rapide, une peau brûlante. Ce qui complique encore bien davantage les choses, c'est que l'éruption variolique est habituellement précédée d'un rash qui revêt le plus souvent un aspect scarlatiniforme. Enfin, pour comble de malheur, l'examen de la gorge dans la variole ne sert bien souvent qu'à augmenter notre embarras, puisqu'on peut trouver la gorge rouge et les amygdales gonflées; c'est même là un symptôme habituel annonçant l'imminence de l'éruption interne. Et l'énanthème de la variole, si caractéristique, avec ses saillies brillantes entourées d'une zone rouge, qui se rompent et laissent, sur la langue en particulier, des érosions arrondies, cet énanthème, qui pourrait nous être d'un si grand secours pour le diagnostic précoce, apparaît presque en même temps que l'éruption cutanée; au lieu de précéder cette éruption, il l'accompagne pour ainsi dire. Il y a là, vous l'avouerez, de quoi déconcerter au premier abord.

Heureusement pour nous, sinon pour le malade, l'infection variolique est une maladie qui congestionne profondément les centres nerveux, et c'est de ce côté qu'il nous faut chercher les symptômes différentiels, dont le plus caractéristique est la rachialgie. L'histoire de la période d'invasion de la variole, règle générale, peut se résumer ainsi: 1er jour, fièvre et frissons, vomissements; 2e jour, céphalée et rachialgie, suivies dans les quarante-huit heures d'une éruption vésico-pustuleuse. Dans certains cas, la congestion des méninges de la moëlle lombaire est assez forte pour amener des symptômes de paraplégie et des troubles urinaires. Or, nous avons ici deux faits aussi importants l'un que l'autre: 1° l'intensité des symptômes spinaux; 2° la durée de la période d'invasion, qui dépasse de beaucoup les vingt-quatre heures de la scarlatine. Quant à la rougeole, il ne saurait en être question.

Si, ayant constaté l'existence de ces symptômes nerveux, très spéciaux quand ils sont prononcés, et ils le sont d'ordinaire, ayant d'autre part remarqué l'abattement considérable

du malade, vous palpez de nouveau le pouls, vous verrez qu'il n'est pas seulement plein et rapide, mais qu'il est dur, d'une dureté qui n'appartient, parmi les fièvres éruptives, qu'à la variole. La face vous apparaîtra non seulement rouge, mais vultueuse. Enfin, symptôme très important, le malade éprouve une dyspnée intense très caractéristique, qui s'accompagne d'une sensation d'angoisse toute particulière, et que l'auscultation ne parvient pas à justifier. En présence de ces symptômes, il n'y a plus d'hésitation à avoir; il s'agit bien de la variole. Naturellement, ici comme dans tout le cours de cette communication, je suppose que vous cherchez une fièvre éruptive, et que vous avez éliminé au préalable la pneumonie, la gastro-entérite, ou toute autre maladie fébrile aiguë.

D'ailleurs, les fièvres éruptives sont des maladies faciles à séparer des autres fièvres, pourvu, bien entendu, qu'elles évoluent d'une manière normale. Les maladies du poumon et des reins ne sauraient donner longtemps le change; elles ont des symptômes spéciaux (point de côté, hématurie), et l'auscultation ou l'analyse de l'urine lèveront tous les doutes. L'érysipèle s'accompagne d'une dermatite trop caractéristique pour qu'on sy méprenne. Quant aux inflammations aiguës de la moëlle, elles ont une étiologie spéciale qui écarte toute idée de contagion.

On a confondu quelquefois l'angine scarlatineuse avec l'angine diphtéritique, surtout l'angine mixte, à Klebs-Lœffler et streptocoques. Mais l'erreur, si elle est justifiée, ne peut durer que quelques heures. L'enfant atteint de diphtérie est habituellement pâle; son pouls est trop rapide et trop petit, quand l'angine diphtéritique est toxique, pour que l'élévation modérée de la température suffise à l'expliquer; la réaction ganglionnaire est généralement assez accusée, surtout du côté où prédominent les fausses membranes. Celles-ci, quand elles apparaissent, ont un caractère propre qui ne laisse guère de doute sur leur nature. Il ne s'agit plus d'une amygdalite lacunaire; la présence d'une fausse membrane, blanc-grisâtre, adhérente, sur une amygdale et sur le pilier postérieur du même côté, accompagnée d'une plaque plus petite sur l'autre amygdale, est une présomption très forte en faveur de la diphtérie, et que

l'examen bactériologique peut toujours justifier. Là où le médecin est plus exposé à faire erreur, c'est quand il se trouve en face d'une scarlatine accompagnée, ce qui est souvent le cas, d'une angine membraneuse à streptocoques; mais à ce moment l'éruption existe, et la seule erreur qu'il puisse faire, c'est de croire à une diphtérie surajoutée.

Voilà, en somme, ce que je voulais vous dire sur le diagnostic précoce des cas normaux de scarlatine, de rougeole et de variole. Chacune de ces trois fièvres éruptives offre à l'observation du médecin attentif des symptômes qui lui sont propres; si l'on examine avec soin le pouls, la température, la gorge des petits malades, en ayant soin de tenir compte en même temps de l'état général des enfants et de leur *facies*, on arrivera dans la plupart des cas à poser un diagnostic sinon positif, du moins probable, que l'éruption viendra bientôt confirmer. Très souvent la notion d'une épidémie existante donnera l'orientation voulue aux recherches du médecin.

J'ajoute maintenant quelques mots au sujet des formes anormales.

Les formes dites anormales des fièvres éruptives se dessinent surtout pendant la période d'éruption, elles sont souvent constituées par une variation dans l'éruption elle-même: telles sont la scarlatine septique, la scarlatine hémorragique, la rougeole hémorragique, la rougeole septicémique ou rougeole rentrée, la variole confluente, la variole cohérente, la variole en corymbe, la variole hémorragique. Toutes ces formes n'entrent donc pas dans le cadre de notre sujet, à proprement parler, puisque c'est à la période d'éruption qu'on sera appelé à en faire le diagnostic. Cependant, dans la grande majorité des cas, l'intensité des symptômes de la période d'invasion fera soupçonner ces formes dites anormales. Il est vrai que dans la scarlatine, la période d'invasion est tellement courte que l'on n'a guère le temps de s'arrêter à prévoir la suite. Néanmoins, lorsque, appelé dès les premières heures, on trouve déjà l'enfant dans un état comateux, avec du trismus et une dyspnée intense, on peut être sûr que la scarlatine sera très sérieuse, sinon anormale. Il en est de même dans la variole, où l'intensité de la rachialgie, de la céphalalgie et des vomisse-

ments signale très souvent la gravité de la maladie. On a de plus remarqué que, dans les fièvres éruptives graves, la période d'invasion est non seulement plus intense, mais qu'elle est encore d'ordinaire raccourcie. Ceci cependant n'est pas une règle générale, et une éruption grave peut parfaitement succéder à une invasion bénigne.

D'un autre côté quand on constate, au début des fièvres éruptives, au début surtout de la scarlatine et de la rougeole, des symptômes nerveux prononcés, tels que du délire ou des convulsions, on est en droit de s'attendre à ce que la maladie, si elle ne donne pas lieu à une éruption grave, prenne au moins la forme ataxo-adynamique. Cependant, ici encore, la règle n'est pas absolue. Les malades à tempérament nerveux peuvent réagir vivement à l'invasion, et cependant n'avoir qu'une éruption bénigne. Ce qui est plutôt caractéristique, c'est l'agitation nerveuse accompagnée d'un état adynamique précoce. On voit qu'il s'agit alors non pas d'une simple irritation, mais bien d'une intoxication déjà marquée des grands centres. Cette imprégnation nerveuse s'établit d'habitude à la période d'état; aussi voit-on la forme ataxo-adynamique des fièvres éruptives se constituer d'ordinaire, comme la plupart des formes graves de ces maladies, alors que l'éruption est déjà sortie.

En somme, ce qui donne leur caractère spécial à ces formes aiguës et graves, c'est uniquement l'intensité des symptômes propres aux fièvres éruptives, et non pas l'apparition d'éléments étrangers à ces maladies. Les symptômes nerveux de la forme ataxo-adynamique sont dûs à une congestion de l'axe cérébro-spinal plus prononcée qu'à l'ordinaire; la forme hémorragique résulte uniquement d'un exanthème sur-aigu. On a eu tort de qualifier ces formes intenses d'*anormales;* le mot est impropre et prête à confusion. Il n'y a rien d'anormal dans ces cas; ce sont bel et bien des fièvres éruptives, ayant tous les signes cliniques propres à ces fièvres, et leur diagnostic est précisément basé sur l'existence de ces mêmes signes. Hémorragique ou non, la variole n'en demeure pas moins dans ses symptômes généraux une variole, et la scarlatine une scarlatine.

Là où l'anomalie apparaît, c'est lorsque, par exemple, la période d'invasion est supprimée, comme il arrive souvent dans les formes bénignes de la scarlatine ou de la rougeole; on s'aperçoit que l'enfant est malade alors qu'il y a déjà des rougeurs sur la peau, et c'est le caractère propre de l'éruption qui fait reconnaître la maladie. L'anomalie devient plus accentuée encore lorsqu'il y a suppression d'un symptôme important; on a rapporté des cas de scarlatine sans fièvre, où l'éruption n'était annoncée que par l'existence d'une angine et l'accélération caractéristique du pouls. Dans la variole atténuée, fruste, la fièvre fait aussi presque entièrement défaut; il est vrai que l'éruption est très minime. On comprend que, dans ces cas véritablement anormaux, le diagnostic est souvent impossible à faire avant la période d'éruption.

Par contre il arrive quelquefois, dans la rougeole, que la période d'invasion soit prolongée jusqu'à 6 et 8 jours. Ce fait ne peut dans un sens que confirmer le diagnostic, puisqu'il écarte davantage la possibilité de la scarlatine ou de la variole, dont l'invasion est courte; mais il peut aussi induire en erreur, et faire croire à un coryza simple parce que l'éruption tarde à se montrer. Dans un cas de catarrhe oculo-naso-laryngé, ce serait une faute de nier la rougeole parce que l'éruption n'est pas sortie le 4e ou 5e jour, cette éruption pouvant parfaitement apparaître plus tard. Dans la variole, lorsque la période d'invasion se prolonge 5 à 6 jours, on doit, surtout si les symptômes sont peu accentués, soupçonner une variole modifiée ou varioloïde; le plus souvent, ce diagnostic sera confirmé par l'apparition brusque d'une éruption dont une partie des éléments n'atteindront pas leur complet développement. C'est là, vous le savez, le caractéristique de la varioloïde.

Enfin, il me reste à vous signaler, parmi les fièvres éruptives anormales, deux formes spéciales qui sont d'une extrême gravité, tant à cause de l'intensité de leurs symptômes que de la rapidité de leur évolution; ni l'une ni l'autre ne sont suivies d'éruption, et leur diagnostic est parfois des plus difficiles à poser: je veux parler de la forme foudroyante de la scarlatine, et de la rougeole à forme pulmonaire ou suffocante. La scarlatine foudroyante peut être comparée à la diphtérie

toxique au point de vue de la rapidité du dénouement: la maladie débute par des symptômes violents (convulsions, délire, cyanose, dyspnée, accélération et petitesse extrême du pouls, fièvre intense), puis le malade tombe dans le coma et succombe en quelques heures, alors que l'engorgement ganglionnaire du cou commence à peine à se faire et avant qu'aucune éruption n'apparaisse à la peau. Comme les urines sont rares, on peut facilement croire à l'urémie ou à un empoisonnement; l'existence d'un cas de scarlatine ou d'une épidémie dans le voisinage permet seule d'affirmer la nature scarlatineuse de cette rapide intoxication.

La rougeole suffocante n'est pas commune; elle n'apparaît que pendant certaines épidémies, et on la rencontre surtout dans les établissements hospitaliers. Le catarrhe des voies pulmonaires est intense; l'enfant est pris dès le début de dyspnée et de cyanose, et il ne tarde pas à mourir asphyxié avec tous les signes d'une bronchite capillaire totale, avant qu'aucune éruption n'apparaisse à la peau; c'est l'énanthème qui l'a tué.

Dans les cas de ce genre, dont l'abnormalité est des plus prononcées, le médecin est bien excusable s'il n'a pas le temps de poser un diagnostic précis; la maladie se termine d'une manière fatale avant qu'il ait le temps de se reconnaître. C'est tout au plus si, le premier moment de stupeur passé, il pourra s'appuyer sur l'existence d'une épidémie pour faire un diagnostic rétrospectif, et s'étonner en même temps qu'une scarlatine puisse être aussi toxique qu'une diphtérie, qu'une rougeole puisse étouffer aussi rapidement que le croup. En dehors de ces cas exceptionnels, le diagnostic des formes anormales peut être souvent prévu; car, que la période d'invasion soit raccourcie ou prolongée, la fièvre éruptive ne s'annonce pas moins d'habitude par des symptômes qui lui sont propres, et qui permettent de la reconnaître. Cependant, lorsqu'un symptôme important vient à manquer, la fièvre, par exemple, et qu'en même temps les autres symptômes sont peu prononcés, le médecin peut se trouver dans un grand embarras, dont il ne sortira parfois qu'avec l'apparition de l'éruption. Mais enfin il est permis

de dire que, règle générale, dans les formes anormales des fièvres éruptives, si le diagnostic peut demeurer hésitant au début, il finit presque toujours par se confirmer, dans une certaine mesure, avant la fin de la période d'invasion.

Quant à la rubéole et à la varicelle, ce sont de légères fièvres qui ne donnent presque pas de prodrômes, et dont on fait le diagnostic lorsque l'éruption est sortie.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES PLEURÉSIES SERO-FIBRINEUSES

(Suite)

B. — Thoracentèse.

La Thoracentèse est le meilleur moyen connu, non pas de supprimer, mais de favoriser la résorption d'un épanchement pleurétique. Cependant la thoracentèse ne pourra jamais être considérée comme une mesure curative de la tuberculose de la plèvre; il ne faudra pas croire avoir tout fait après la ponction et même le lavage d'une plèvre. Derrière l'épanchement il y a une infection qu'il faut s'efforcer d'enrayer et nous n'y parviendrons qu'en favorisant les moyens de défense naturelle de l'organisme: traitement tonique, alimentation réparatrice, aération continue.

Le cadre de cet article nous dispense de faire l'historique de la thoracentèse, et l'instrumentation requise pour cette opération est assez familière à tous les médecins pour que nous négligions aussi la description des différents trocarts ou des aspirateurs affectés à la pratique de cette mesure évacuatrice.

Nous nous contenterons de donner:

1° Le manuel opératoire;

2° Les accidents;

3° Les indications;

1° Manuel opératoire. — Il vaut toujours mieux avant l'intervention, une fois celle-ci définitivement décidée, pratiquer une ponction exploratrice. Cette dernière est absolument inoffensive, si elle est faite dans les conditions d'antisepsie voulues et elle nous fixe sur la présence réelle du liquide ainsi que sur la nature de ce dernier, elle permet aussi d'éviter de pratiquer la ponction de la thoracentèse au niveau d'une cloison.

Le choix de l'instrument n'est pas d'une importance aussi capitale que la préparation de l'instrument choisi.

Que l'instrument employé soit l'aspirateur de Dieulafoy, ou celui de Potain ou de Debove, ou bien qu'il soit simplement le trocart adapté à un tube de M. Duguet, il faudra aseptiser tout l'instrument et surtout avec très grande minutie, la partie qui doit venir en contact avec la plèvre et l'exsudat, c'est-à-dire le trocart et sa canule ou l'aiguille. C'est par faute de soins apportés à cette préparation que des complications peuvent quelquefois suivre la thoracentèse.

De même le champ opératoire et les mains de l'opérateur doivent être l'objet d'une désinfection soignée.

Le malade placé dans une position convenable: demi-assis dans son lit, le corps soutenu et quelque peu tourné du côté opposé à l'épanchement et toutes les mesures antiseptiques ayant été prises, voyons la manière de pratiquer la ponction.

Le lieu de la ponction est quelquefois déterminé par la localisation de l'épanchement. A part ces cas spéciaux, la ponction doit être faite dans le sixième ou dans le septième espace intercostal sur une ligne verticale abaissée du sommet du creux de l'aisselle. L'on peut aussi adopter l'endroit de ponction, choisi par Duguet, qui se trouve à l'intersection de deux lignes, dont l'une, horizontale, part du mamelon, et l'autre verticale, du bord antérieur de l'aisselle, croisera la première dans le cinquième espace intercostal, si l'épanchement est très abondant, ou du milieu du creux de l'aisselle et amènera le point de ponction dans le sixième espace intercostal, si l'épanchement est moins abondant.

Pour faire la ponction, il faut d'abord, au moyen du doigt, en déprimant fortement, déterminer l'espace intercostal, ce qui n'est pas toujours facile dans certains cas où le tissu cellulaire est très épais ou œdématié. L'index doit s'appuyer solidement sur le bord supérieur de la côte et servira de conducteur au trocart. Cette précaution suffira pour nous faire éviter une piqûre de la côte ou ce qui serait plus grave une lésion de l'artère intercostale.

On enfonce l'aiguille ou le trocart d'un coup sec, un peu obliquement. l'angle d'inclinaison du trocart ne doit cepen-

dant pas être trop considérable car on pénètrerait dans le tissu cellulaire, ce qui arrive asez souvent. La pénétration du trocart dans la cavité pleurale donne une sensation spéciale du fait que l'on peut imprimer facilement des mouvements latéraux à l'instrument. Il ne reste plus qu'à ouvrir les clefs et à aspirer ou à laisser couler.

Malgré toutes les précautions la ponction peut être négative, c'est ce que l'on appelle une ponction blanche. Ce fait peut être dû à plusieurs causes: absence de liquide, juxtaposition d'une fausse membrane qui obstrue l'orifice de la canule, occlusion de l'instrument sur un point quelconque des tubes avant l'opération, oubli de faire le vide, le trocart aura pénétré dans le tissu cellulaire, ou il pourra s'être enfoncé dans le poumon.

Il n'est jamais permis de faire une ponction blanche par absence de liquide pleural, l'aiguille exploratrice étant un moyen facile de se fixer sur la présence du liquide épanché. Il est facile de déplacer une fausse membrane à l'orifice de la canule, en cessant de faire le vide et en introduisant de nouveau le trocart dans la canule. L'instrument doit toujours être essayé durant la désinfection, ceci empêchera les ponctions blanches par la faute de l'aspirateur. Il ne faut pas retirer la canule avant de s'être bien assuré que le vide est bien fait et que la ponction blanche ne dépend pas de cette faute de technique. Si le trocart n'est pas dans la plèvre, on en est averti par le manque de mobilité de l'instrument en place, le trocart n'aura pénétré que dans le tissu cellulaire œdématié ou dans le poumon. Si la canule est dans le poumon, on en sera averti par l'écoulement de sang rouge rutilant, il suffira alors de retirer quelque peu l'instrument pour voir le liquide pleural attiré dans le flacon. Si la canule n'est que dans le tissu cellulaire il faudra réintroduire le trocart, et changeant l'angle d'inclinaison pousser jusque dans la plèvre.

Comment doit-on faire la soustraction du liquide pleural?

L'aspiration doit être faite lentement; c'est là une condition essentielle pour prévenir tout accident. Quelques-uns n'ouvrent qu'à moitié le robinet qui laisse couler le liquide, interrompant de temps en temps pour permettre au poumon

de se déplisser lentement. D'autres dans le même but ne font pas le vide d'une manière complète, le liquide coule par un mince filet et l'on ne met en action la pompe aspirante que tout juste ce qu'il faut pour entretenir ce faible courant évacuateur.

Dieulafoy estime qu'il n'est pas prudent de soutirer plus d'une pinte de liquide à la fois, même si l'épanchement est très abondant. G. Lyon a souvent retiré trois chopines à la fois sans accident, et il juge que la moyenne indiquée par Dieulafoy doit être tenue pour bonne.

La ponction entourée de ces précautions ne présente jamais d'accidents, et Lyon, sur 174 thoracentèses pendant qu'il était interne et chef de clinique n'a jamais eu le moindre accident à déplorer.

2° *Accidents de la thoracentèse.* — Ces accidents pour la plupart sont dûs à la négligence de se conformer aux règles énoncées plus haut, quelques-uns cependant peuvent être mis sur le compte de l'opération.

La *mort subite* peut survenir immédiatement ou un jour ou deux après la thoracentèse par thrombose cardiaque ou pulmonaire. L'acident immédiat le plus fréquent est l'*œdème pulmonaire* qui s'annonce par de la dyspnée, de la toux quinteuse, sanguinolente ou albumineuse. La mort n'a été que très rarement remarquée à la suite de cette complication; en dépit de ces symptômes alarmants, le malade survit habituellement. Les cas mortels ont été observés chez des malades atteints de pleurésies compliquées (bronchite, pleurésie ancienne du côté, maladie du cœur et surtout symphyse cardiaque, maladie du rein, etc.).

Dès qu'une toux inquiétante survient il vaut mieux suspendre l'aspiration jusqu'à cessation de ce symptôme, pour recommencer quelques minutes plus tard; si la toux reparaît en reprenant l'aspiration et ce plusieurs fois de suite, il vaut mieux suspendre définitivement l'opération pour ce jour là, quitte à la reprendre le lendemain ou quelques jours plus tard.

La toux et l'expectoration albumineuse se montrent-elles après que la plèvre a été vidée, il faut pratiquer une injection de morphine, c'est le moyen le plus rapide de contrôler cet accident.

On a signalé des hémorragies pleurales sans lésions des vaisseaux intercostaux par suintement des surfaces pleurales et des néo-membranes.

Parmi les complications rares, l'on peut encore nommer l'*hémoptysie*, le *pneumothorax*, l'on a même vu un cas d'hématémèse chez un malade atteint d'ulcère de l'estomac.

La transformation purulente de l'épanchement est toujours le fait d'une faute dans le manuel opératoire et ne peut pas être imputée à la thoracentèse elle-même.

3° *Indications.* — H. Martin, dans le " Traité de thérapeutique appliquée, sous direction de A Robin ", dit: " qu'il faut ponctionner même un épanchement moyen et relativement récent, insuffisant par lui-même pour nécessiter la thoracentèse d'urgence, si à l'examen de la poitrine, on trouve sous la clavicule du côté malade, une augmentation notable des vibrations et de la sonorité et diminution du murmure vésiculaire (le schéma si caractéristique du professeur Grancher). Ces symptômes d'une congestion à peu près sûrement tuberculeuse du sommet du poumon nous indiquent la ponction aspiratrice sans hésitation. Il serait inutile ou dangereux même en pareil cas d'attendre ou de favoriser la résorption et l'auto-inoculation de la tuberculine que contient l'exsudat pleural."

A part ces cas particuliers il est préférable d'attendre que l'épanchement soit définitivement constitué avant de tenter l'évacuation. L'indication générale d'opérer vient des troubles fonctionnels, de l'abondance, de l'âge et de la nature de l'épanchement.

La dyspnée n'est pas toujours un guide sûr. Elle peut dépendre de la rapidité avec laquelle s'est produit l'épanchement, il peut exister une dyspnée intense avec un petit épanchement enkysté (Potain), enfin la dyspnée est subordonnée à l'état du poumon sous-jacent. Si le poumon est sain il y a peu de dyspnée, celui-ci est-il congestionné la dyspnée sera intense et la thoracentèse n'en sera pas moins contre-indiquée, l'aspiration pouvant augmenter la congestion.

La syncope est un signe qui commande d'urgence la thoracentèse.

L'abondance de l'épanchement est le signe par excellence

qui doit nous guider au sujet de l'opportunité de la thoracentèse.

La réplétion totale de la cavité pleurale qui se traduit par une matité complète en avant comme en arrière, par le silence respiratoire et par un déplacement considérable des organes ne souffre pas d'hésitation, mais quand la plèvre n'est pas complètement remplie, l'appréciation de l'abondance de l'épanchement est plus difficile.

Quand la pleurésie est à gauche: s'il y a matité et absence de vibrations en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, si la submatité remplace en avant, à la région sous-claviculaire, la tonalité normale ou la tonalité élevée du son skodique, si le maximum du bruit systolique cardiaque siège au bord droit du sternum ou plus loin encore à droite, l'on doit penser que l'épanchement atteint à peu près chez l'adulte deux pintes et la thoracentèse s'impose.

Lorsque la pleurésie siège à droite, les caractères de la matité, l'abolition des vibrations thoraciques et le déplacement du foie nous feront découvrir la quantité de liquide épanché. Le foie ne commence à déborder les fausses côtes que si l'épanchement atteint au moins trois chopines. Quand donc l'on constatera l'abaissement du foie, il ne faudra pas hésiter à pratiquer la thoracentèse.

L'on peut cependant faire erreur dans l'évaluation de l'abondance de l'épanchement, c'est quand le poumon fortement congestionné ne contient plus d'air, reste volumineux et plonge dans le liquide forçant ce dernier à s'élever autour de lui en une lame très mince qui s'interpose entre lui et la plèvre pariétale.

Les signes qui peuvent révéler cet état, où la thoracentèse est contre-indiquée, sont la propagation, au-dessous de la ligne de matité, du bruit de souffle, du retentissement vocal et des vibrations thoraciques (Potain).

Si l'épanchement n'est pas assez abondant pour justifier une évacuation immédiate, il faut attendre une résorption spontanée. On devra s'abstenir de toute intervention précoce non urgente dans les quinze premiers jours. Par contre la majo-

rité des auteurs fixent du vingtième au vingt-cinquième jour le moment de la ponction.

Quand le temps de la ponction est arrivé, il vaut mieux ne pas trop différer afin de rendre au poumon sa faculté d'ampliation et prévenir la pneumonie interstielle qui fait du poumon un moignon perdu pour l'hématose. D'ailleurs après contact trop prolongé le poumon pourrait être fixé contre la colonne vertébrale par des bandes fibreuses et sa fonction compromise à jamais.

La disparition de la fièvre est l'indice de l'arrêt du processus tuberculeux, c'est donc quand la température est redevenue normale que la thoracentèse est exempte de danger et devient utile pour les raisons mentionnées plus haut.

Les causes de l'épanchement peuvent fournir des indications particulières pour retarder ou avancer la thoracentèse.

La pleurésie chez un cardiaque doit être ponctionnée de bonne heure, alors même que l'épanchement n'est pas très abondant.

L'épanchement de la pleurésie rhumatismale est hâtivement et abondamment constitué, cette rapidité ne doit pas effrayer et il vaut mieux attendre car la résorption est aussi quelquefois subite et très rapide.

L'on peut évacuer hâtivement dans les pleurésies métapneumonique, grippale, ou typhoïde pour aider au rétablissement du malade.

La pleurésie syphilitique se résorbe facilement dès que le traitement spécifique est institué.

Dans le cancer, la thoracentèse n'est qu'une mesure palliative.

Les ponctions, selon Jaccond, seraient inutiles dans la pleurésie cloisonnée, elles détermineraient l'extension du cloisonnement et par suite du rétrécissement des loges deviendraient de moins en moins efficaces.

H. Hervieux.

(A suivre)

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

— A propos de la communication de M. Parizeau sur un cas d'ectopie testiculaire, (voir plus haut), le docteur St Jacques, tout en admettant, avec le docteur Parizeau le traumatisme testiculaire comme cause des vomissements, ferait intervenir dans le cas présent un autre facteur. Le traumatisme nerveux, semblable ici à un " ralway spine " doit être tenu en ligne de compte. Car l'effet du traumatisme sur les centres nerveux se dissipant peu à peu. les vomissements cessèrent, bien que d'un autre côté le testicule demeura en ectopie et sous compression en son nouvel habitat.

Séance du 18 décembre 1900.

Présidence de M. Hervieux.

Communication.

— *L'obstruction nasale et ses conséquences*, par le professeur Foucher. (Voir plus haut.)

— *Discussion:* M. Lasnier rapporte un cas d'obstruction nasale coïncidant avec la présence d'un bourrelet hémorroïdal. Il essaie d'établir une relation pathogénique entre les deux affections et parle des injections nasales.

— M. Boulet dit que son expérience concorde avec les énoncés du professeur Foucher, se rapportant aux relations des déviations de la cloison et des affections de l'oreille moyenne.

Dans le cours de son exposé le docteur Boulet s'élève contre l'emploi exagéré des lavages dans les affections nasales. Il dit que bien peu de ces affections sont justifiables d'un tel mode de traitement: rhinite atrophique, lésions tuberculeuses et syphilitiques donnant beaucoup de sécrétions, certains néoplasmes. Il fait comprendre les dangers que fait courir à l'oreille un lavage du nez mal fait et par là, l'importance de bien

expliquer au malade le *modus faciendi* d'un lavage qui lui pourra être nuisible: canule dirigée dans le sens horizontal du plancher de la fosse nasale, tête bien baissée en avant, bouche ouverte, langue sortie de la cavité buccale et large respiration par la bouche.

— *La septicémie puerpérale*, par le docteur R. DE COTRET. (Ce travail sera publié plus tard.)

— M. LESAGE présente M. le docteur Simard, professeur d'anatomie à l'Université Laval, de Québec.

— M. SIMARD, expose le projet d'association des médecins français de l'Amérique Britannique du Nord. Il démontre les avantages au point de vue scientifique et au point de vue national. Il produit le rapport écrit des médecins de Québec, spécialement nommés à cet effet, et il demande la nomination d'un comité pour le district de Montréal. Les membres de ce comité étudieront le projet tel qu'il a été esquissé par le comité de Québec, ils modifieront ce qu'ils croient nécessaire, et ils en donneront avis au président du comité à Québec, qui provoquera la réunion des deux comités pour fixer définitivement les règles de la nouvelle association.

M. LESAGE donne avis de motion qu'à la prochaine séance il demandera la formation d'un comité, chargé d'étudier le projet d'association, soumis ce soir.

— Présentation d'*Un cas d'encéphalie*, par le docteur RANGER.

Séance du 15 Janvier 1901.

Présidence de M. HERVIEUX.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Communication.

— Lecture d'un travail de M. E. P. BENOIT, sur le *Diagnostic précoce des fièvres éruptives.* (Voir ci-dessus.)

Discussion.

— *Discussion:* M. S. CORMIER: M. le docteur Benoit vient de nous donner lecture d'un travail très élaboré sur le *diagnostic différentiel des fièvres éruptives.* Cependant vous me

permettrez, monsieur le président, d'insister d'avantage sur certaines difficultés occasionelles dans le diagnostic de ces fièvres à formes anormales.

Nous pouvons avoir de la scarlatine sans fièvre. Bouchard a trouvé dans les urines des scarlatineux, des substances toxiques dont les unes sont hyperthermisantes, et les autres hypothermisantes. D'après Legendre, la retention, dans l'organisme, de l'un ou l'autre de ces éléments, produit de la pyrexie ou de l'apyrexie. D'ailleurs messieurs, vous avez dû rencontrer ces phénomènes dans les toxines du bacille de la grippe, dans celles du coli-bacille, et dans celles du bacille d'Eberth. Une autre hypothèse, donnant raison à l'existence de scarlatine sans fièvre, c'est que ces toxines agiraient sur certains centres nerveux régulateurs des calories. Tessier de Lyon, sans admettre complètement la première hypothèse, dit que ces expériences nous permettront de nous fixer prochainement sur l'origine et le mécanisme de ces formes anormales.

Un diagnostic certain, dans les fièvres éruptives peut être rendu difficile par l'absence d'un grand nombre de symptômes classiques. Cependant il nous en reste généralement assez pour nous guider.

A ce sujet, Graves, célèvre médecin irlandais, a dit avec raison: Une maladie générale peut ne révéler son existence que par un ou deux symptômes qui la caractérisent ordinairement. Ces anomalies se produisent plus souvent dans les maladies causées par les poisons d'origine animale ou végétale, que dans les maladies engendrées par des causes inhérentes à la constitution elle-même.

Dans la rougeole, la contagion se fait surtout pendant l'incubation, et elle diminue pendant la période éruptive pour finir avec elle. Il est donc important de faire le diagnostic le plus tôt possible, si l'on veut faire un peu de prophylaxie. Nous n'avons pour arriver à ce but que le signe de Koplick qui apparaît très souvent dans les premiers jours de l'incubation. Il est précédé et accompagné d'une légère augmentation en volume des papilles intra labiales inférieures, ces papilles deviennent alors plus rouges et plus apparentes.

MM. J. E. DUBÉ et H. HERVIEUX, font aussi quelques remarques.

Rapport.

— *Caroncules de l'urèthre. — Trois observations. — Traitement,* par le docteur L. DE L. HARWOOD. (Voir ci-dessus.)

— Le projet d'association des sociétés médicales françaises, de l'Amérique du Nord.

Un comité de onze membres a été nommé pour s'entendre avec nos confrères de Québec, et discuter ce projet.

Les Messieurs, dont les noms suivent font parti de ce comité: E. P. Lachapelle, H. Hervieux, A. Foucher, R. Boulet, J. E. Dubé, L. de L. Harwood, A. de Grandpré, J. A. LeSage, O. F. Mercier, A. Marien, C. N. Valin.

E. G. DAGENAIS,
Secrétaire.

ANALYSES

MEDECINE

Œdème pulmonaire, par le professeur BASCH.

Les points de la question que je veux développer sont les suivants:

1° Dans quelles conditions se produit expérimentalement l'œdème pulmonaire ? Quelle est la nature du processus qui l'engendre ?

2° Quels sont les processus secondaires, consécutifs ?

3° Quelle est la relation entre la doctrine de l'œdème pulmonaire et la doctrine de la dyspnée et de l'asthmie cardiaque ?

4° Quelle est la relation entre l'œdème pulmonaire et l'insuffisance musculaire du cœur gauche ?

I. La première condition pathogénique de l'œdème, c'est que la circulation capillaire des alvéoles soit arrêtée, par le fait de l'élévation de la pression sanguine dans l'oreillette gauche.

La seconde, c'est que l'afflux du sang qui vient du cœur droit, c'est-à-dire du côté des artères pulmonaires, soit libre.

Les conséquences mécaniques de ces deux conditions sont l'agrandissement des alvéoles pulmonaires et l'augmentation de résistance des parois alvéolaires. L'agrandissement est produit par l'allongement des vaisseaux capillaires, et l'augmentation de résistance par la haute tension du sang dans le réseau capillaire.

A ces deux processus consécutifs peut s'ajouter une transsudation dans les alvéoles, conséquence naturelle de la stase circulatoire dans les poumons.

II. L'agrandissement des alvéoles et l'augmentation de résistance de leurs parois créent un obstacle mécanique pour la respiration, et comme conséquence, un dérangement de la ventilation du sang. De là provient une sensation morbide, la dyspnée, qui n'est que l'expression de la disproportion entre le travail respiratoire et son effet. Cette sensation morbide s'accroît proportionnellement à l'augmentation d'acide carbonique qui s'accumule dans le sang, grâce au trouble de la ventilation sanguine. Elle détermine un renforcement de l'excitation des centres respiratoires et un travail forcé des muscles respirateurs. L'obstacle s'accroît encore quand la transsudation intraalvéolaire s'ajoute aux conditions précédentes, agrandissement des alvéoles et augmentation de la résistance des poumons.

Il y a lieu d'insister sur ce que la transsudation seule sans l'agrandissement des poumons concomitant n'empêche pas tant la respiration qu'on le croit. Une transsudation abondante, si elle est associée à un faible agrandissement pulmonaire et avec une résistance des poumons médiocre, produit beaucoup moins de dyspnée qu'une transsudation légère combinée avec un agrandissement considérable des poumons et une forte résistance des alvéoles.

La persistance de la dyspnée fait accroître l'acide carbonique du sang: la mort du cœur en est la conséquence, par suite de l'asphyxie générale.

III. La dyspnée et l'asthme cardiaque se développent dans le stade prodromique de l'œdème pulmonaire, c'est-à-dire avant la production de l'exsudat alvéolaire. Mais une transsudation faible est très difficile à constater par l'examen clinique, et il est probable qu'elle accompagne également ces deux maladies.

IV. La dyspnée cardiaque, l'asthme cardiaque et l'œdème pulmonaire ont leur point de départ dans l'insuffisance musculaire du ventricule gauche. Et non seulement dans l'insuffisance primaire, qui est caractérisée par une faible pression artérielle, mais aussi dans l'insuffisance secondaire, qui est caractérisée par l'augmentation de la pression artérielle.

LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE

Le traitement du faux croup.

Voici, d'après M. Tordeus, de Bruxelles, les indications thérapeutiques qui conviendraient le mieux au traitement du faux croup:

Repos au lit, chambre vaste et aérée, vaporisations ou pulvarisations dans la pièce, compresses chaudes autour du cou. Lait coupé d'eau alcaline; s'il y a de l'embarras gastrique, on donnera une cuillerée à dessert toutes les deux heures de:

Infusion d'ipéca (20 centigr.)....	100 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque....	0 gr. 60.
Extrait de réglisse.....	10 gr.

Contre les accès de toux, on donne les antispasmodiques (solanées) ou la poudre de Dower:

Poudre de Dower....	0g 10 à 0g 20 centigr.
Sucre..	2 grammes.

Divisez en douze paquets, un toutes les deux heures, ou bien une cuillerée à dessert toutes les deux heures de:

Extrait de chauve indien..	0g 15 à 0g 20 centigr.
Sirop de tolu....	20 grammes.
Eau distillée....	100 grammes.

Au moment de l'accès, l'éponge chaude sur le devant du cou, inhalations, vomitif:

Tartre stibié....	0 gr. 10 centigr.
Potion gommeuse....	60 gr.

Par cuillerée à café toutes les cinq minutes, sans dépasser trois.

Ou bien

Poudre d'ipéca.....	0 gr. 60 centigr.
Sirop d'ipéca....	60 gr.

Par cuillerée à dessert jusqu'à effet.

Ou bien

Sulfate de cuivre.... .... 1 gramme.
Eau distillée.... .. ..100 —

Une cuillerée à café ou à dessert tous les cinq minutes. S'il persiste du spasme les jours suivants on donnera une cuillerée à dessert toutes les deux heures de:

Bromure de potassium..... ... ... 2 à 3 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger. .... 20 —
Eau de tilleul.... .... 90 —

Puis on remettra l'enfant à l'hydrothérapie pour l'aguerrir. S'il y a des végétations adénoïdes, de grosses amygdales, on les fera disparaître et on donnera de l'huile de foie de morue et le sirop d'iodure de fer.

Traitement chirurgical de la sclérose otique, par le Dr RICARDO BEYTO, de Barcelone.

1° Dans l'otite sèche, pour avoir le droit d'essayer le traitement chirurgical, malgré son inefficacité presque constante, il faut que la perception crânienne de la montre soit conservée; que le Rinne soit négatif du côté malade et que la perforation du tympan améliore, si peu que ce soit, l'audition.

2° On peut, quand le conduit est étroit, exécuter la perforation permanente du tympan, mais malgré que l'on obtienne quelquefois une légère amélioration de l'ouïe, au bout de deux ans, et en supposant que les brides et diaphragmes aient été détruits, le malade redevient aussi sourd qu'avant l'opération.

3° La mobilisation de l'étrier dans l'otite sèche est une intervention complètement inutile, car l'amélioration obtenue, quand il y en a, est toujours transitoire. Elle est uniquement justifiée dans les conséquences de suppuration; et même dans ces cas cette amélioration, consécutive à la rupture des adhérences de l'étrier avec les alentours de la niche de la fenêtre ovale, n'est pas toujours très grande et définitive.

4° L'extraction du martau, de l'enclume et de la membrane, peut parfaitement être exécutée par le conduit, quand celui-ci est large. Les résultats obtenus sont, la plupart du temps, médiocres ou insignifiants dans l'otite sèche. En définitive à peu près nuls la première année écoulée. Ils peuvent même avoir pour conséquence une aggravation de la surdité.

5° La mobilisation profonde de l'étrier peut être exécutée sans opération de Stacke. Il suffit d'enlever par le conduit une portion du mur de la logette. Dans l'otite sèche les résultats obtenus par cette opération sont le plus souvent médiocres et rarement permanents.

6° L'extraction de l'étrier, malgré les grandes espérances conçues, est une mauvaise opération. Les résultats sont, dans la sclérose de l'oreille, presque toujours nuls.

7° le traitement chirurgical de l'otite sèche est une fausse route par où s'est engagée l'otologie moderne, car comme il s'agit probablement d'une trophonévrose et que les lésions sont, la plupart du temps, peu otitiques, tous les

moyens employés pour modifier les organes de transmission des ondes sonores vers le labyrinthe ne peuvent faire que celui-ci, presque toujours malade, ou en train de le devenir, ne soit affecté de plus en plus, le temps aidant.

8° Les expériences sur les animaux que j'ai entreprises ne sont pas du tout applicables à l'homme, car chez ceux-ci le labyrinthe est intact et chez nos semblables il est presque toujours plus ou moins affecté, malgré que nos moyens d'investigation, encore imparfaits, ne puissent le démontrer.

9° Ces mêmes expériences entreprises par moi chez les animaux en 1890, démontrèrent déjà presque d'avance l'inutilité du traitement chirurgical de la sclérose otique, puisque en excitant aussi peu que ce fût les alentours de la fenêtre ovale, la platine de l'étrier s'ossifiait complètement, se soudait à la fenêtre ovale et celle-ci se rétrécissait par épaississement et calcification de sa niche, consécutivement à la propagation à distance d'une inflammation interstitielle de la muqueuse.

10° Etant presque acquis que la sclérose otique est une tropho-névrose, avec formation de substance conjonctive et osseuse, principalement dans la capsule labyrinthique, aux alentours de la fenêtre ovale, dans le canal cochléaire et même dans les spires du limaçon, les terminaisons du nerf acoustique étant plus ou moins affectées, le traitement chirurgical de l'otite sèche est d'une utilité nulle, ou tout au plus douteuse, dans presque tous les cas.

Rhinites spasmodiques, par le Dr ALEX. JACOBSEN, de Saint Pétersbourg.

1° Les rhinites spasmodiques, ayant une étiologie et une marche différentes, offrent plusieurs espèces ou formes.

2° Ces formes ne sont pas encore suffisamment étudiées, ni différenciées, ce qui les fait confondre assez souvent.

3° Il est donc de toute nécessité de délimiter avec précision le *rhume des foins* comme espèce particulière, vu que cette forme est la plus étudiée, a une marche périodique toute caractéristique et une étiologie établie par des recherches expérimentales (*Blackley*). Selon moi, la définition la plus exacte de ce rhume a été faite par *Morell-Mackenzie* et reconnue "excellente" par *A. Ruault.*

4° Ce qui fait que le *rhume des foins* doit être considéré comme une forme des rhinites spasmodiques (*M. F.-C. Lermoyez*) ; et cette dénomination ne doit en aucune façon être appliquée aux rhinites spasmodiques amenées par d'autres causes.

5° Il faut admettre que bien des cas des rhinites spasmodiques peuvent être expliqués par des paralysies vaso-motrices, — Coryza vasomotoria (*Moritz-Schmidt*).

6° Certes, il existe des formes de *rhinites spasmodiques*, qui mériteraient le nom de *toxirhinites* (*Jacobson*), comme c'est le cas pour la toxidermie.

7° Ces *toxirhinites* sont amenées par des intoxications et auto-intoxications, ont une marche aiguë, sont compliquées de troubles gastro-intestinaux et de manifestations cutanées (*urticaria*, etc.) : elles s'attaquent à des personnes parfaitement bien portantes, qui n'ont aucune prédisposition générale; comme toutes les intoxications, elles sont un cas fortuit et n'ont point de tendance à récidiver.

8° Seulement en considérant les rhinites spasmodiques comme des processus

d'origine vasomotrice, il est possible d'y rapporter l'*hydrorrhée nasale*, puisqu'elle n'est liée à aucun phénomène de caractère spasmodique.

9° L'hydrorrhée nasale, étant amenée par des causes internes, peut ne point offrir de phénomènes locaux, sauf une secrétion abondante.

Dans ce cas la muqueuse n'est nullement tuméfiée, ni injectée.

Sur les nodules vocaux, par M. le professeur HERMANN KRAUSE, de Berlin.

Les nodules vocaux sont de petites productions globuleuses, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain, insérées sur le bord libre de la corde vocale et siégeant uniquement au niveau de son tissu élastique.

Ils sont ordinairement produits par une émission mauvaise de la voix pendant le chant, mais non pendant la parole.

Les nodules des chanteurs sont caractérisés anatomiquement par un tissu fibreux avec contenu kystique et épais revêtement pachydermique, lequel enserre le noyau fibreux et amène à la longue son atrophie.

Les troubles provoqués par ces nodules consistent en ce que la voix chantée est altérée en certains points de l'échelle vocale, parce que les deux cordes ne peuvent plus s'accoler d'une façon exacte, et parce que l'altération du tissu élastique ne permet plus de chanter piano ni de fournir les sons de médium. En outre la fatigue vocale se produit rapidement au cours du chant. Il en résulte que les chanteurs sont obligés d'employer des procédés anormaux pour suppléer au registre qui leur manque, et n'y parviennent que par une tension plus forte des cordes vocales. Le son en subit certains dommages. La voie devient gutturale, c'est-à-dire fournie en excès dans le larynx sans résonnance suffisante dans les cavités supérieures; ou encore les sons sont uniquement émis en voix de poitrine. Dans ce dernier cas la voix perd une partie de sa puissance d'expression; dans le premier cas, elle perd de sa pureté. A la longue l'excès de tension des cordes vocales donne naissance à de la pachydermie, qui se développe tout d'abord au niveau des nodules et plus tard sur les points soumis à des frottements excessifs: apophyses vocales et région interaryténoïdienne.

Le traitement se propose de provoquer la rétrocession des nodules par le repos vocal, en défendant strictement de chanter. Si cette prescription ne suffit pas, il faut, dans les cas où l'intérêt du malade exige absolument le rétablissement de la voix, procéder à l'ablation chirurgicale strictement limitée aux parties saillantes des nodules.

Le diagnostic anatomo-pathologique du cancer du larynx, par le professeur B. FRENKEL, (Berlin).

L'examen microscopique des parcelles enlevées à la tumeur du larynx est d'une importance fondamentale pour le diagnostic du cancer. Si le résultat de l'examen est négatif, on n'en peut tirer des conclusions certaines. Des préparations positives, au contraire, nous mènent à un diagnostic exact et indiquent la conduite à tenir. La difficulté est qu'on ne dispose ordinairement que de petits fragments de la tumeur pour l'examen microscopique. On inclut les morceaux durcis dans de la paraffine et l'on fait des séries de coupes microsco-

ques qu'on colore mieux ou d'après la méthode de van Gieson ou par le picro-carmin.

Il ne suffit pas pour le diagnostic de trouver nombre de globes épidermiques dans les préparations, — chose très suspecte il est vrai, — il faut y voir des bourgeons épithéliaux dans les endroits où l'on ne devrait pas en rencontrer. S'il s'agit de bourgeons épithéliaux qui proviennent de la pénétration de la couche de surface dans l'intérieur des tissus plus profonds, il faut user de la plus grande circonspection pour nos conclusions diagnostiques; nombre de processus pathologiques, entre autres la syphilis, causent une hypergenèse épithéliale analogue.

La structure irrégulière de l'épithélium est le symptôme caractéristique pour le cancer, que nous voyons dans les coupes des bourgeons épithéliaux atypiques.

THÉRAPEUTIQUE

Indications de la saignée, par le professeur GEORGES HAYEM de Paris.

1° Un moyen thérapeutique est *indiqué* lorsqu'il est établi qu'il procure, dans une circonstance donnée, un soulagement plus grand qu'aucun autre.

La saignée ne peut donc être considérée comme *indiquée* que dans les cas où elle agit avec une supériorité incontestable sur tous les autres procédés thérapeutiques.

2° L'emploi des saignées répétées comme méthode de traitement dite autrefois "méthode antiphlologistique", paraît être définitivement condamné.

L'ouverture de la veine, pratiquée une fois, ou plusieurs fois à des intervalles relativement éloignés, mérite au contraire d'être conservée comme moyen utile et parfois héroïque.

3° Les cas dans lesquels la saignée est indiquée sont, d'une manière générale, ceux où la vie est mise en danger immédiat, soit par troubles de la circulation, soit par toxémie.

4° Les principales conditions dans lesquelles l'indication de la saignée est nette sont les suivantes:

Œdème aigu du poumon, particulièrement dans les maladies des gros vaisseaux et des reins;

Certains cas de pneumonie à forme œdémateuse ou simplement congestive;

Certains troubles mécaniques de la circulation par maladie du cœur ou des gros vaisseaux; particulièrement en cas d'hypertension artérielle, mais aussi parfois avec asystolie évidente; formes congestives et hémorragiques de la néphrite aiguë; congestion cérébrale et hémorragie au début, chez les malades ayant de l'hypertension artérielle;

Urémie aiguë ou récente;

Eclampsie puerpérale;

Empoisonnement du sang par certains gaz, notamment par l'oyxde de carbone.

5° Dans toutes les autres conditions pathologiques, les indications de la saignée sont discutables.

Il en est notamment ainsi dans la chlorose.

6° Les indications de la saignée sont établies empiriquement par l'observation des faits. A cet égard les documents classiques de réelle valeur sont peu nombreux. Les statistiques ne sont guère utilisables, car il est très difficile de faire un groupement irréprochable de faits souvent disparates.

7° Les effets dits physiologiques des soustractions sanguines ne pourront donner qu'une idée très imparfaite des effets thérapeutiques de la saignée. Ceux-ci résultent essentiellement des conditions très particulières créées par la maladie.

Ils semblent pouvoir se rattacher en grande partie, d'un côté à l'effet mécanique produit par la soustraction brusque d'une certaine quantité de sang, de l'autre à une décharge de poison.

Les faits cliniques observés avec précision prouvent que ces effets thérapeutiques sont d'une grande puissance.

8° La résistance de l'homme et des animaux supérieurs aux soustractions sanguines est considérable, dans tous les cas où il n'existe pas une cause pathologique de déglobulisation ou une entrave à la rénovation du sang.

Sauf aux âges extrêmes de la vie, dans les cas morbides que nous venons de signaler, une saignée d'une certaine importance (de 300 à 500 cent. cubes) est toujours facilement supportée, alors même que les malades sont sensiblement anémiés, ce qui arrive assez souvent dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale.

9° La réparation du sang s'effectue chez les malades comme à l'état physiologique, par l'intermédiaire des hématoblastes; les éléments de la moelle des os n'y prennent aucune part.

Ces éléments ne passent dans le sang général qu'en cas de pertes de sang excessives, répétées coup sur coup.

Effets physiologiques et thérapeutiques de la digitale et ses principes actifs,

par sir LAUDER BRUNTON.

1° L'effet physiologique de la digitale s'exerce principalement:

(*a*). Sur le cœur, (*b*) sur les vaisseaux sanguins, (*c*) sur la sécrétion urinaire.

2° Son action sur le cœur détermine: (*a*) ralentissement des battements cardiaques en raison de son influence stimulatrice sur les racines du nerf pneumogastrique en mammifères. (*b*) Renforcement de la contraction systolique. (*c*) Augmentation du degré de dilatation dans la diastole, B et C sont produits par effet sur la musculature cardiaque.

3° Elle resserre les vaisseaux périphériques et diminue ainsi la vitesse du courant sanguin dans ces vaisseaux.

4° Par ce double effet de resserrement des vaisseaux périphériques et d'augmentation de la contractilité cardiaque, la digitale élève la pression sanguine.

5° La diurèse produit par la digitale dépend principalement de l'augmentation de pression sanguine.

6° La digitale amène la contraction des artérioles du rein plutôt que celle

des autres parties du corps. La contraction des vaisseaux du rein peut atteindre un tel degré que la sécrétion urinaire se trouve arrêtée, quoique la pression sanguine en général soit élevée.

7° Lorsque la pression sanguine est déjà très élevée, il ne faut pas attendre de la digitale une action diurétique prononcée. Si, au contraire, la pression sanguine est abaissée, à raison, soit de la constitution naturelle, soit de la maladie, la digitale exerce une action diurétique.

8° La digitale est un anesthésique local, mais elle peut aussi déterminer des douleurs. Elle appartient par conséquent à la classe désignée par Liebreich "Anæthetica Dolorosa".

9° Dans les doses fortes ou cumulatives, elle donne lieu à de l'irritation gastrique.

10° L'action de la digitale est due à la digitaline, à la digitaléine et à la digitoxine. L'action de ces trois principes est semblable et ne diffère qu'en degrés.

11° Les effets thérapeutiques de la digitale et de ses principes sont: (*a*) régulateur de la contraction cardiaque; (*b*) renforcement de la circulation défaillante et (*c*) diurétique.

12° L'action régulatrice de la digitale est utile contre la palpitation et les troubles fonctionnels du rythme.

13° Le plus important usage de la digitale et de ses principes actifs est dans le traitement de l'insuffisance mitrale due soit aux lésions valvulaires, soit à la dilatation ventriculaire.

14° En présence de l'insuffisance aortique, la digitale est (*a*) inutile et non sans danger si la compensation, est complète (*b*) très utile au contraire si la compensation fait défaut.

15° Lorsque la pression sanguine est déjà élevée, la digitale peut être nuisible en l'augmentant davantage, précipitant ainsi les symptômes d'angine de poitrine ou en déterminant l'apoplexie.

Traitement de la coqueluche par l'antipyrine et les vapeurs d'acide phénique.

Nous lisons dans les archives des maladies de l'enfance qu'un auteur italien, M. José Isabel Méjia traite ses coquelucheux de la façon suivante:

Il prescrit un centigramme d'antipyrine par mois d'âge, toutes les quatre heures, aux enfants de un mois à deux ans, et dix centigrammes par année d'âge à partir de deux ans jusqu'à six. L'eau sucrée est le véhicule employé. En même temps on place sur une lampe à alcool une cuvette contenant trois grammes d'acide phénique dissous dans soixante grammes d'eau. Au moment de l'ébullition on place l'enfant à un pied de distance de la cuvette afin qu'il reçoive directement les vapeurs d'acide phénique. Suivant l'auteur, les résultats sont excellents, et ce mode de traitement est le meilleur que l'on puisse opposer aux progrès de la coqueluche.,

Un traitement radical des verrues vulgaires.

Le docteur Herrouet donne le conseil suivant aux porteurs de verrues. Il s'agit de deux guérisons radicales opérées sur l'auteur lui-même. Porteur de verrues nombreuses sur la main, et de plus en plus volumineuses, contractées dans

un service hospitalier, l'auteur avait essayé sans succès toutes les pommades connues; à la fin, il prit le parti de traiter "seulement une verrue", la plus belle de toutes, celle que nous appelons la "verrue mère". A son grand étonnement toutes les autres disparurent comme par enchantement.

L'auteur obtint le même succès sur une jeune fille malade depuis longtemps.

Son procédé consiste à détruire la "verrue mère" au moyen de l'acide nitrique sans s'occuper des autres.

Messieurs les physiologistes sont priés de fournir des explications: en attendant, les médecins, cliniciens ou autres, opèrent des guérisons.

Curabilité de la méningite cérébro-spinale suppurée. — Utilité des bains chauds et des ponctions lombaires répétées.

M. Netter affirme que la ponction lombaire permet d'éliminer les erreurs de diagnostic, en même temps qu'elle facilite la guérison. Toutes les formes de méningite simple sont susceptibles de guérison: mettant à part les méningites séreuses et séro-fibrineuses, l'auteur rapporte les résultats de son expérience personnelle dans la méningite suppurée.

1° La ponction lombaire, répétée une, deux à dix fois suivant les cas, a permis de retrouver à chaque fois le diplococcus méningitidis, et chaque fois les microbes diminuent en nombre, les liquides deviennent même stériles.

2° Les bains chauds 30° à 40°c. toutes les trois heures nuit et jour durant 20 à 30 minutes sont un adjuvant précieux.

3° Les injections sous-cutanées de sérum soutiennent les malades lorsqu'ils s'alimentent peu.

4° Le symptôme prédominant a été la raideur de la nuque accompagnée de paralysies oculaires passagères et d'éruptions diverses — pétéchies, érythèmes, herpès.

5° Cinq malades sur six ont complètement guéri, deux articulations étant ankylosées chez le dernier.

6° La durée de la maladie a varié de trois à 15 jours, trois mois, une fois.

J. A. LeSage.

La nature et le traitement de la myélite aigue.—(Rapport par M. G. Marinesso).

La myélite aiguë est caractérisée par un processus multiple de réactions du côté des vaisseaux, du tissu interstitiel et des cellules nerveuses. Les deux premières constituent des processus actifs de multiplication et de prolification, donnant ainsi naissance à des foyers plus ou moins volumineux et à des nodules. Les phénomènes de réaction du côté des cellules nerveuses aboutissent rapidement à leur dégénérescence. La lésion apparente qu'on voit souvent dans toute myélite aiguë, c'est le ramollissement hémorrhagique: lésion qui est la conséquence des troubles circulatoires réalisés par les agents toxiques et infectieux, seuls facteurs déterminant la myélite aiguë. Suivant l'étendue et la topographie de ces lésions vasculaires, on peut en admettre plusieurs formes: myélite transverse, myélite diffuse ascendante et descendante, myélite disséminée, polio-myélite. La nature vasculaire et infectieuse de cette dernière a été mise en lumière par Pierre Marie. La nature toxique et infectieuse des myélites aiguës est démontrée. La plupart des microbes sont capables d'engendrer

les myélites; les premiers à citer sont les streptocoques, l'agent de la rage, les pneumocoques et autres différents microbes. Il y a dans toute myélite aiguë deux réactions leucocytaires: 1° une réaction précoce de défense, qui consiste dans l'émigration des cellules mono et polynucléaires, réaction qui a pour but de vaincre les microbes, et 2° une réaction leucocytaire tardive dont le rôle est d'enlever les produits de dégénérescence résultant du processus de myélite.

Comme traitement causal, j'ai employé le sérum de Marmorek dans la myélite due aux streptocoques, mais sans résultats manifestes; même insuccès dans l'emploi du bleu de méthylène dans deux cas de méningo-myélite. Contre les douleurs, j'ai utilisé avec un certain succès les injections intra-rachidiennes de cocaïne.

Faut-il traiter la fièvre ? par R. LÉPINE.

Depuis l'antiquité jusqu'à notre siècle, la vertu salutaire de la fièvre a été une sorte de dogme.

Pour Liebermeister, la chaleur était l'ennemi à combattre. Traiter l'hyperthermie, c'était traiter la fièvre.

Mais l'observation plus attentive a prouvé que si l'hyperthermie indique, en général, la gravité d'une maladie fébrile, elle est loin d'en être le principal facteur, et qu'il faut tâcher de traiter spécifiquement la fièvre.

On est arrivé à cet heureux résultat pour quelques maladies; mais pour les autres on est réduit à surveiller la réaction de l'organisme, tantôt en la modérant avec les antipyrétiques, qui sont quelque peu spécifiques de certaines pyrexies, tantôt en la stimulant par l'hydrothérapie, quelquefois en réfrigérant (surtout dans le cas d'hyperthermie considérable), enfin en soutenant l'économie. La maladie est loin d'être simple; la thérapeutique a pour tâche de poursuivre la complexité infinie de ses éléments.

PHARMACOLOGIE.

IODE

Parties employées; Principes actifs :

Provient des cendres des varechs et des algues où il est combiné avec la soude et la potasse.

Combiné avec des substances albuminoïdes dans la glande thyroïde, dans les fucus et dans les éponges.

Propriétés physiques et chimiques ; incompatibilités :

Cristaux aplatis, d'un éclat métallique. Soluble seulement dans 7000 parties d'eau ou dans 12 parties d'alcool, 20 parties d'éther et de chloroforme, 53 de glycérine. Solubles dans les huiles, la vaseline, la lanoline, dans les solutions d'iodures alcalins. Incompatible avec les alcalis, les carbonates alcalins, les sels métalliques, les alcaloïdes, la gomme, l'amidon.

Applications thérapeutiques :

Employé à l'intérieur comme anti-scrofuleux (tuberculose atténuée infantile); dans le rhumatisme chronique, le goître, l'asthme, parfois contre certains vomissements; comme antidote des empoisonnements par les alcaloïdes, etc.

A l'extérieur comme révulsif (teinture) contre les points de côté, la pleurésie sèche, l'hydarthrose, la pelade, la pelvi-péritonite, etc.

En badigeonnages sur les muqueuses (gingivo-stomatites, pharyngites chroniques, vaginite, métrite, etc.), en injections dans les séreuses (hydrocèle, hygroma); en injections interstitielles (abcès froids, kystes, fistules, pustule maligne).

Posologie : Formes pharmaceutiques :

Adultes :—

Usage interne: 1-5 à 1 grain en sirop, solution, teinture, vin, ou en combinaison avec le tannin.

Teinture au 1-13 I à XX gouttes dans du lait, ou du vin. I goutte contient 1-13 de grain d'iode.

A l'intérieur il est préférable d'employer les solutés aqueux d'iode dans l'iodure de potassium.

Enfants:

Teinture — de 15 mois à 3 ans..... 1 à 3 gouttes.
— de 3 ans à 5 ans.... .... 3 à 6 gouttes.
— de 5 ans à 10 ans.... .. .. 6 à 15 gouttes.

Usage externe:

Collodion, collutoires, coton, gargarismes, glycérine, huile, injections, lavements, pommades, tampons vaginaux.

FORMULES :

COLLODION:

Iode.... .. .. 15 grains.
Collodion élastique.... .. .. 5 drachmes.
(Pelade, pelvipéritonite.)

COTON:

Obtenu en chauffant en vase clos du coton et de l'iode en poudre; renferme 10% d'iode, qu'il peut perdre graduellement à l'air.

GARGARISME:

Teinture d'iode.... .... } aa 2 1-2 drachmes.
Glycérine.... .... }
Décoction de roses.. .. .. 6 1-2 onces.
(Ulcérations syphilitiques bucco-pharyngées.)

GLYCÉRÉ :

Teinture d'iode.... .. .. 1 partie.
Glycérine.... .... 10 parties.
(Pour pansements intra-laryngiens.)

Iode.... ...., .. 4 grains.
Iodure de potassium..... ... . 30 grains.
Glycérine.... .... 5 drachmes.
(Pour badigeonnages du pharynx.)

HUILE:

Iode... .... 1 partie.
Huile de foie de morue.... ....1 000 parties.
(Scrofule) 2 cuillerées à soupe par jour.

LAVEMENT:

Teinture d'iode.... .... 10 à 20 gouttes.
Iodure de potassium.... .... 10 grains.
Eau.. .. .. 8 onces.

(Dysenterie chronique.) — *Delioux de Savignac.*

POMMADE:

Iode.. .. .. 1 partie.
Vaseline.. .. .. 30 parties.

SIROPS:

Sirop iodo-tannique:

Iode.. .. .. 15 grains.
Alcool à 90°.. . .. . 30 gouttes.
Sirop de ratanhia.... .... 33 onces.

Une cuillerée à bouche à chaque repas. (Scrofule, emphysème, artério-sclérose.)

Chez les enfants:

0 mois à 15 mois.. .. ..30 à 75 gouttes.
15 mois à 3 ans.. .. .. 75 g. à 2 cuil. à thé.
3 ans à 5 ans.. .. .. 2 à 3 cuil. à thé.
5 ans à 10 ans.. .. .. 3 à 4 cuil. à thé.

Sirop de raifort iodé ou sirop antiscorbutique iodé:

Iode.... .. .. 1 partie.
Alcool à 90°... .. .. 15 parties.
Sirop de raifort.... ....984 parties.

Une cuillerée à soupe à chaque repas comme pour sirop iodo-tannique.

SOLUTIONS:

Solution de Lugol:

Iode.... .... 3 1-2 grains.
Iodure de potassium.... .. .. 6 2-3 grains.
Eau.. .. .. 32 onces.

Un verre à Bordeaux contient 1-6 de grain d'iode.

Réservée pour usage interne. (Antidote des empoisonnements par les alcaloïdes).

On peut rendre cette solution gazeuse au moment de l'emploi en versant dans le verre un mélange de 3 grains de bicarbonate de soude et de 3 grains d'acide citrique.

Iode.... .... } ãã 1 partie.
Iodure de potassium .. ..}
Alcool.... .... 10 parties.
Eau.. .. .. 12 parties.

Usage externe. (Codex.)

TEINTURES:

La teinture d'iode du Codex s'altère facilement, il s'y produit de l'acide iodhydrique et un peu d'éther. On peut s'assurer si elle contient de l'acide iodhydrique en l'étendant d'eau, la teinture d'iode ne précipite pas si elle contient de cet acide.

On peut formuler à la place de la teinture d'iode du Codex, pour l'usage externe, un soluté pur stable.

Iode métallique.. .. .. 1-2 partie.
Alcool à 96°.. .. .. 9 1-2 parties.
(Brissemoret et Joanin).

Tannin.. ....
Teinture d'iode.. .... } aa 40 parties.
Glycérine... .. .. 150 parties.
(Chéron.)

Pour imbiber des tampons vaginaux:

Teinture d'iode.. .. .. 25 parties.
Gaïacol.. ..., ... 3 parties.

Pour badigeonner dans pleurésies.

H. H.

Formulaire.

Angine scarlatineuse.

Potion de Roger.

R. Chlorate de potasse.... ....15 grains
Sirop de mûres.... .... 1 onces
Hydrolat de laitue.... .... 2 onces

F. S. A. — A prendre dans la journée.

Soluté ioduré contre Angine Scarlatineuse.

(Reevers.)

R. Iodure de potassium.... ....15 grains
Iode.... .... 2 grains
Chlorate de potasse.... .... 1 drachme
Nitrate de potasse.... .... 1½ drachme
Bicarbonate de potasse.... ....30 grains
Eau.... .... 8 onces

F. S. A. — Une cuillérée à café à toutes les 4 heures.

(Monmarson.)

R. Permanganate de chaux.... ....2 à 4 grains
Eau distillée.... .... 5 drachmes

En badigeonnages à toutes les 3 heures après lavage préalable à l'eau boriquée chaude.

Soluté contre Angine Scarlatineuse.

R. Eau oxygénée.... .... 1 once
Bicarbonate de soude.... ....15 grains
Eau distillée bouillie.... .... 2 onces

En pulvérisations.

VARIÉTÉS.

Hérédité et circoncision.— On est souvent étonné que la circoncision, pratiquée depuis des milliers d'années sur les mêmes races, n'ait pas amené héréditairement une modification de l'organe et c'est même un des arguments qui ont été opposés à la théorie du Darwinisme. Cependant tous les observateurs ne sont pas du même avis. Le docteur Eugène Talbot, de Détroit, se basant sur de nombreuses observations, tend à admettre la transmission héréditaire des effets de la circoncision. Contrairement à Weissmann, qui, dans sa théorie de l'hérédité n'admet pas que les mutilations puissent se transmettre aux descendants et, en ce qui concerne le cas particulier de la circoncision, il prétend que l'absence congénitale du prépuce s'observe également chez les peuples qui pratiquent la circoncision et chez ceux où ce rite n'est pas en usage, Talbot estime que l'hérédité constitue un facteur important dans la production de cette anomalie. A l'appui de son dire, il cite les statistiques de plusieurs médecins israélites de Chicago. Le docteur Cohen qui, en l'espace de 20 ans, a pratiqué dix mille circoncisions a trouvé le prépuce absent cinq cents fois; dans deux mille cas, il était peu développé. (Journal de Méd. et de Chirurgie pratique, 10 avril 1900.)

* * *

Un spécialiste peut-il diviser le coût d'une opération avec le médecin habituel ?... Nous lisons une correspondance sur ce sujet dans *The Maritime Medical News*. Après avoir donné quelques exemples et avoir posé la question de dignité professionnelle, l'auteur fait une distinction à savoir quelle est la part de responsabilité d'un chacun. Dans le cas de responsabilité égale, l'auteur estime qu'il n'est que juste de diviser le coût de l'opération et qu'il n'y a pas lieu d'invoquer ici la dignité professionnelle.

* * *

La désinfection des puits par le permanganate de potasse. — Dans une communication récente faite à l'Académie de Médecine de Paris, M. Delorme a exprimé l'opinion, basée sur des expériences, que le permanganate de potasse réalisait avec plein succès la désinfection de l'eau des puits. La dose par litre d'eau doit être de cinq centigrammes. Le composé brun rougeâtre d'oxyde de manganèse formé est facilement entravé en jetant dans l'eau quelques poignées de charbon pilé. Ce procédé est très efficace. Tel puits dont l'eau renfermait, avant sa désinfection, 112,160 bacilles par centimètre cube et répandait une odeur repoussante, ne contenait plus, après traitement par la solution de permanganate de potasse, que 150 microbes par centimètre cube.

Un des inconvénients réside dans la présence de la potasse dans les eaux ainsi traitées, mais il serait facile de remplacer le permanganate de potasse par le permanganate de chaux. Néanmoins, le coût peu élevé de ce désinfectant et son action certaine permettent de généraliser son emploi dans tous les milieux à

certaines époques de l'année, et dans certains quartiers où la provenance douteuse des eaux, souvent contaminées, provoquent des endémies spéciales... fièvre typhoïde, gastro-entérites infectieuses, etc.

* * *

Sérum anti-venimeux. — Les *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniale* publient des instructions qui portent sur l'emploi de ce sérum.

1° Ligature entre la plaie et la racine du membre. 2° Faire saigner la plaie. 3° l'arroser avec une solution de chlorure de chaux, 4° pansement provisoire, 5° injection de 10 c. c. de sérum anti-venimeux aussitôt que possible, doubler la dose lorsqu'il s'agit de serpents de grande taille (cobra, crotales, etc.). Ces injections seront faites de préférence sous la peau et entre les deux épaules.

* * *

Crises épileptiformes provoquées par un bouchon de cérumen. — Le docteur Dreyfus rapporte dans le *Lyon Médical* le fait qui suit: Il fut consulté par un jeune homme qui lui raconta que deux ans auparavant il perdit brusquement connaissance en montant dans un tramway. Une année après, jour pour jour, il tombe dans la rue. Pas de cri initial, pas de morsure de la langue, pas d'antécédents héréditaires, aucune tare; mais une fatigue cérébrale inaccoutumée avec douleurs fugaces. Deux médecins ont déjà fait le diagnostic d'épilepsie essentielle avec médication bromurée sans résultat.

A l'examen, troubles de la vue, paresse intellectuelle, intégrité du fond de l'œil. Huit jours après cet examen, nouvelle attaque, chûte du côté droit avec mouvements convulsifs marqués des bras. Un examen de l'oreille révéla une diminution considérable de l'ouïe du côté droit, le conduit auditif externe était obstrué par un " bouchon de cérumen " d'une longueur de 1 centimètre et demi environ. Après une application de glycérine et une injection d'eau tiède le lendemain, le bouchon fut enlevé et, à partir de ce moment, tous les accidents disparurent définitivement.

C'est une observation qu'un de nos amis pourra lire avec intérêt.

BIBLIOGRAPHIE.

La surdi-mutité, étude médicale, par ETIENNE SAINT-HILAIRE, vol. grand in-8° de 300 pages, suivi d'un index bibliographique de 55 pages.—Paris, MALOINE, éditeur.

Ce livre est une mise au point de la question des sourds-muets. L'auteur définit la surdi-mutité, établit une classification des différents cas de cette affection, puis en étudie la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic, la prophylaxie et le traitement. Il a pu faire un contrôle personnel des résultats obtenus par les auteurs qui ont traité le même sujet. et, tout en rapportant les observations des 187 sourds-muets qu'il a examinés à l'Institut départemental d'Asnières, il analyse, combat ou confirme, à l'aide de son expérience personnelle, les opinions émises tant en France qu'à l'étranger.

L'ouvrage débute par une définition du sourd-muet et par l'exposé des diverses classifications qui ont été proposées, puis l'auteur passe en revue les statistiques dressées dans les différents pays. Se fondant sur les comptes rendus des opérations des conseils de revision, il établit que, contrairement à ce qui a été dit, la surdi-mutité a plutôt une tendance à diminuer en France. Il y a bien eu une période d'augmentation, mais elle a trait à des sujets nés peu de temps avant ou pendant la guerre franco-allemande. Cela s'explique facilement par les causes de dépression morale qui ont agi sur les générateurs et aussi par les épidémies de variole, scarlatine, etc., qui, frappant les tout jeunes enfants, ont pu causer un certain nombre de cas de surdi-mutité acquise.

L'auteur étudie ensuite l'action de l'hérédité similaire, de l'hérédité dissemblable, de la consanguinité, puis il recherche les causes de la dégénérescence en général qui peuvent donner lieu à des cas de surdi-mutité. Enfin, un chapitre est réservé aux causes occasionnelles de la surdi-mutité acquise (affections du cerveau et des méninges, scarlatine, fièvre typhoïde, variole, rougeole, chutes sur la tête, etc., etc.)

L'anatomie pathologique est étudiée d'une manière très complète. Dans un tableau synoptique, on trouve la relation de 153 autopsies de sourds-muets publiées dans les différents pays.

La symptomatologie comprend plusieurs parties. En premier lieu, les symptômes relatifs à la fonction auditive et à la fonction verbale sont étudiés avec beaucoup de détails. Les travaux récents de Bezold sont exposés d'une manière très complète, et l'opinion du médecin allemand est acceptée par l'auteur. La mutité, dans ses nombreuses modalités, est l'objet d'un chapitre spécial. Puis les caractères généraux des sourds-muets, leur développement physique, leur force musculaire, leur fonction respiratoire, leur sensibilité, leur intelligence, le développement exagéré des autres sens, les stigmates tératologiques de la dégénérescence, la prédisposition à la tuberculose, à la folie, etc., etc., sont l'objet d'une étude approfondie.

Le diagnostic, le pronostic, la prophylaxie et le traitement de la surdi-mutité sont étudiés avec de nombreux développements. La question des exercices acoustiques est l'objet d'un chapitre spécial et l'auteur, sans partager l'optimisme d'Urbantschitsch, Gellé, Laborde, etc., en est cependant partisan et indique comment, à son avis, ces exercices doivent être exécutés.

Un index bibliographique très complet, contenant 670 indications, termine cet ouvrage.

Ce livre s'adresse à tous ceux qu'intéresse la question de la surdi-mutité, médecins, psychiâtres et maîtres de sourds-muets.

MARS 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.
131 — Les maladies contagieuses, l'hygiène et les pouvoirs publics ..... *Lachapelle*
146 — Considérations et statistiques sur la mortalité infantile ..... *Prévost*
154 — La médication phospho-créosotée dans la tubercule *Bernheim*

REVUE GÉNÉRALE.

161 — Traitement des pleurésies purulentes (SUITE)..... *Hervieux*

SOCIÉTÉS.

166 — Congrès contre la tuberculose tenu à Ottawa..... *Dubé*
169 — Société Médicale de Montréal — Séances du 29 janvier et du 13 février 1901 .....

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

175 — Le projet d'hôpital pour les maladies contagieuses à Montréal..... *LeSage*

ANALYSES.

MÉDECINE.

184 — La typhose syphilitique..... *LeSage*

CHIRURGIE.

185 — Le traitement de l'appendicite..... *Marien*

OPHTALMOLOGIE.

187 — Dermatite ou pseudo-érysipèle atropinique..... *Boulet*

avec ferveur, ce qui a donné à la langue médicale un aspect des plus rébarbatif, et fait de toute la nosologie médicale une véritable plantation de racines grecques, bien faite pour dérouter le profane qui veut pénétrer dans son domaine.

Le mot hygiène, lui aussi, a une allure des plus hippocratique; mais on peut dire que cette partie des sciences médicales possède un abord moins déconcertant et qu'elle offre pour tous un intérêt plus général. Transformée par le génie de Pasteur, mise en rapport, dans sa sphère d'action, avec les branches diverses de l'organisation sociale, elle a eu le bon esprit de simplifier sa langue, et le mérite, pour se faire mieux comprendre, pour se laisser aborder sans frayeur, de s'exprimer en un langage moins technique. Tout le monde peut lire un traité d'hygiène, et tout le monde peut en faire son profit.

Mais l'hygiène a un mérite bien plus grand encore. Laissant à la médecine proprement dite le soin de réparer les dégâts causés par la maladie, elle s'est donné pour tâche de diminuer la propagation de la maladie elle-même, et elle y réussit. La prophylaxie, pardon, la prévention des maladies a pris chez elle la première place, et il en est résulté ce fait remarquable: c'est que partout où les lois de l'hygiène sont respectées, la moyenne de la mortalité s'abaisse très sensiblement. C'est-à-dire, que de 39 à 40 par mille qu'était la mortalité annuelle dans les différents pays civilisés, avant l'avènement de l'hygiène pasteurienne, elle est, depuis, tombée à 15 ou 20 par mille. C'est déjà un beau résultat, et c'est un titre à la reconnaissance publique.

En effet, protéger la santé et la vie, diminuer la mortalité dans la population, n'est-ce pas assurer davantage la continuation de la famille et de la société? Ce beau titre de gloire, l'hygiène peut le revendiquer de préférence à toute autre science, car les résultats qu'elle donne sont aujourd'hui incontestables, et ses prescriptions ne peuvent plus, ni dans les chaumières, ni dans les palais, demeurer lettre morte. Armée de mesures de défense devenues d'une précision admirable, l'hygiène offre à tous des moyens sûrs de protéger la santé et de sauvegarder la vie. Elle ne saurait donc rester indifférente au public et, à ce point de vue, la famille, la société, les gouverne-

ments doivent s'y intéresser tout autant que les médecins eux-mêmes. Voilà pourquoi j'ai décidé de vous parler ce soir de l'hygiène.

Naturellement, je serai obligé de me limiter dans mon sujet, car je ne voudrais pas me laisser entraîner trop loin. Aussi, comme je désire vous démontrer surtout que l'hygiène a rendu certaines maladies évitables, et qu'elle protège ainsi la vie et la santé d'un grand nombre de personnes, c'est de l'hygiène des maladies contagieuses que je vous parlerai. Et j'essaierai d'établir les trois points suivants: 1° Les maladies contagieuses causent dans la société des ravages terribles; 2° l'hygiène nous fournit contre elles des moyens de protection efficaces; 3° les pouvoirs publics, les médecins et les familles ont le devoir d'appliquer ces moyens et de les favoriser. C'est aussi leur intérêt.

I. — Danger des maladies contagieuses.

Les maladies contagieuses ont ceci de particulier: c'est que, pouvant se transmettre directement de personne à personne, ou par l'intermédiaire d'un tiers, ou encore par les objets ou les aliments contaminés, elles créent des épidémies qui commencent d'abord dans une famille, s'étendent ensuite chez les voisins, à l'école, dans les grands établissements, et finissent par envahir, si on les laisse faire, toute une ville et même tout un pays.

Elles offrent encore ceci de remarquable: c'est que la nature de chacune d'elles est fort diverse, que leur mode de propagation n'est pas toujours identique, et que, si quelques-unes sont endémiques et se retrouvent toujours dans tous les pays, les autres, localisées sur certains points du globe, ont le triste privilège, quand les circonstances les favorisent, de faire autour du monde des excursions qui sont parfois terribles.

Il en résulte qu'il faut toujours compter avec les unes, puisqu'elles apparaissent à tout instant au sein des populations, tandis que les autres tombent dans le domaine spécial des quarantaines, et doivent être surveillées de préférence à la frontière. Et cependant, ce sont les premières qui causent à l'heure qu'il

est les plus grands ravages et sont les moins redoutées. Tant il est vrai que l'esprit humain n'a pas changé, qu'il demeure toujours inconséquent et imprévoyant, en se familiarisant avec le danger.

Aussi, pour vous permettre de mieux vous rendre compte de la gravité du danger qui nous menace sans cesse, en vous exposant les ravages causés par les principales maladies contagieuses, nous les diviserons en deux groupes. Dans le premier, que nous appellerons le groupe endémique, nous ferons entrer la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la fièvre typhoïde et la tuberculose pulmonaire; la variole, le choléra, la peste, le typhus constitueront le groupe épidémique proprement dit.

a. — Maladies contagieuses endémiques.

Dans le groupe important des maladies contagieuses endémiques, trois maladies sont spécialement à craindre, car elles exercent de préférence leurs ravages sur les êtres les plus faibles et les plus incapables de défense, je veux dire les enfants. Ce sont la rougeole, la scarlatine et la diphtérie, dont les noms seuls suffisent à éveiller dans les familles des souvenirs parfois fort pénibles.

Maladies contagieuses des enfants — Vous trouverez encore aujourd'hui des personnes qui soutiennent que les maladies contagieuses des enfants ne sont pas dangereuses, et qu'il est inutile de chercher à les éviter. Quelle erreur profonde, Messieurs, et combien peu elle est corroborée par les faits!

Vous prétendez que la rougeole n'est pas une maladie dangereuse alors que, des enfants au-dessous de deux ans qui en sont atteints, 30 pour cent sont voués à une mort fatale; alors que, dans Paris même, Comby a pu écrire que depuis que l'on soigne la diphtérie par le sérum, la rougeole est devenue, de toutes les maladies infectieuses de l'enfance, la plus meurtrière. Et les suites de la maladie, les avez-vous oubliées? Combien d'enfants, après une rougeole dont ils ont fini par guérir, sont restés avec un catarrhe du nez et de la gorge, avec des suppurations de l'oreille qui les ont rendus sourds, avec des végéta-

tions adénoïdes qu'il a fallu enlever par une opération douloureuse! Que de fois les poumons de l'enfant, atteints par la maladie, ne sont-ils pas restés faibles, pour devenir plus tard la proie de la consomption, ce qui a fait dire de la rougeole, qu'elle est une maladie essentiellement tuberculisante.

Vous dites que la scarlatine est une maladie que tous les enfants doivent avoir un jour ou l'autre, que ce n'est qu'une légère fièvre à passer. Mais la scarlatine est une maladie qui fait mourir 15 pour cent des enfants qu'elle attaque, et qui, dans certains pays, tels que l'Angleterre, dans certaines épidémies, dans certaines familles même, revêt une malignité beaucoup plus grande. Bretonneau croyait aussi la scarlatine bénigne, mais après la mortelle épidémie de Tours (1824), il fut bien forcé de changer d'opinion. Que de maux de gorge et de maux d'oreilles on a vus persister après la scarlatine! Que d'enfants, à sa suite, sont devenus des rhumatisants! Enfin, n'est-ce pas une maladie qui porte sur le rein, et n'a-t-on pas vu plus d'un petit malade, convalescent de scarlatine, succomber à une néphrite scarlatineuse?

Quant à la diphtérie, je le reconnais, elle a su, jusqu'à ces derniers temps, inspirer la plus grande terreur. C'est une maladie dramatique, qui produit le croup, qui saisit les enfants à la gorge et les étouffe; elle a fait, de tout temps, et jusqu'à l'avènement de la sérothérapie, la terreur des mères. La diphtérie, avant le sérum, tuait 60 pour cent des malades, et l'on n'a jamais songé à lui refuser, à celle-là, un caractère malin. On n'a jamais osé prétendre, non plus, qu'elle était nécessaire.

D'ailleurs, comment peut-on soutenir que les maladies contagieuses des enfants sont sans importance, alors qu'elles ont causé dans la province de Québec, pour les cinq années qui s'écoulent de 1894 à 1898: la rougeole 1564 décès, la scarlatine 3338 décès, et la diphtérie 9736 décès, soit un total de 14638 enfants tués par les maladies contagieuses. N'est-ce pas là un véritable fléau, et ne doit-on pas chercher à le combattre par tous les moyens possibles?

Maladies contagieuses des adultes. — Les grandes personnes se défendent mieux contre les maladies contagieuses que les

enfants, parce qu'elles ont plus de résistance, et cependant la fièvre typhoïde et la tuberculose pulmonaire, surtout, sont très dangereuses pour les adultes.

La fièvre typhoïde enlève chaque année, dans la Province de Québec, une moyenne de 359 personnes. Le chiffre exact des décès, pour les cinq années écoulées de 1894 à 1898, est de 1767. C'est une maladie qui tue 14 pour cent des malades en temps ordinaire; mais on a vu la mortalité, dans certaines épidémies malignes, s'élever jusqu'à 60 pour cent. C'est de plus une maladie des plus débilitante, qui impose au malade une convalescence longue et souvent pénible, qui peut réveiller chez lui certaines tares organiques demeurées jusque là latentes, et qui souvent même touche le cœur d'une manière irrémédiable. Il est heureux que cette maladie survienne d'habitude dans l'âge mûr, car les vieillards n'y résistent guère, et elle trouble d'une manière profonde la croissance des adolescents.

La tuberculose pulmonaire est bien plus dangereuse encore que la fièvre typhoïde. On s'en défie moins parce que, la croyant héréditaire, on méconnaît sa nature contagieuse, et aussi, parce que cette maladie prend une forme insidieuse, qu'elle reste pendant longtemps difficile à dépister, et qu'elle ne saute aux yeux qu'à la période de consomption, alors que les symptômes revêtent une allure maligne et s'acheminent rapidement vers une terminaison fatale. C'est une maladie sournoise par excellence, contre laquelle on néglige les moyens de protection que nous donne l'hygiène, et qui s'étend comme une lèpre dans les familles et les populations. En Europe, elle contribue pour un cinquième à la mortalité générale; dans la Province de Québec, elle a causé, en cinq années, de 1894 à 1898, 14235 décès. Je ne veux pas dire que la tuberculose est une maladie irrévocablement fatale; loin de là; il y a des cas qui guérissent. Ce sont ceux traités dès le début, mais ces cas sont toujours le très petit nombre, et certaines formes de la maladie, par exemple la phtisie secondaire au diabète et à l'alcoolisme, épargnent rarement leurs victimes.

Tout ce groupe des maladies contagieuses endémiques est

donc des plus dangereux, et d'autant plus dangereux que le germe de contagion vit constamment au milieu de nous.

b. — Maladies contagieuses épidémiques.

Les maladies épidémiques ne nous atteignent que par intermittence. Mais, par contre, une fois qu'elles ont pris bon pied dans un pays, comme elles savent rattraper le temps perdu. Très virulentes et très contagieuses, c'est par centaines et par milliers qu'elles abattent leurs victimes.

Voyez la variole en 1885. Apportée de Chicago par un employé de chemin de fer, elle atteint en quelques mois, dans toute la province de Québec, près de 20,000 personnes (19,-905), et elle en fait mourir, à Montréal 3229, et dans le reste reste de la province 2605. Osler a calculé que la mortalité s'éleva, chez les enfants au-dessous de dix ans, à 86 pour cent. Et de ceux qui ont survécu, combien sont restés défigurés pour la vie, combien ont vu leurs poumons devenir la proie de la tuberculose, combien, les yeux vidés et déformés, sont allés peupler l'Asile Nazareth.

Voyez le choléra en 1832. Questionnez les anciens sur ces temps de misère où l'on ne trouvait pas assez de fossoyeurs pour porter en terre les cadavres, où les cerceuils défilaient dans les rues à plein tombereau, où l'on jetait tous les morts dans une fosse commune garnie de chaux vive. Il est heureux que les moyens de communication n'aient pas été, à cette époque, aussi nombreux ni aussi rapides qu'aujourd'hui, car l'épidémie eût atteint des proportions effrayantes. Les statistiques de l'année, très incomplètes, donnent pour les villes de Québec et de Montréal seulement, une mortalité dépassant 4,000 (4051). C'est le 28 avril 1832 que la Constantia, venant d'Irlande, arriva à la Grosse-Ile avec une cargaison d'émigrants dont 29, durant le voyage, étaient morts du choléra. La maladie ne s'éteignit qu'avec les froids de l'hiver.

Le typhus ne nous a visité qu'une fois, en 1847; et c'est heureux pour nous, car l'on enrégistra, cette année-là, au cimetière de la Grosse-Ile, 5424 enterrements, et plus de 6,000 cadavres étrangers reposent sous la pierre tombale de la Pointe Saint-

Charles. Quant à la peste, maladie très meurtrière, elle est heureusement inconnue au Canada, et il faut espérer qu'elle le sera toujours.

Les maladies épidémiques, plus virulentes que les autres, peuvent causer, vous en avez les preuves, des ravages énormes On ne sera jamais tenté, celles-là, de les trouver nécessaires, ni sans importance, et cependant je le répète, endémiques ou épidémiques, les maladies contagieuses sont *évitables;* il suffit pour s'en convaincre, de passer en revue ce que l'hygiène a fait pour elles.

II. — Hygiène des maladies contagieuses.

C'est en effet la prévention des maladies contagieuses qui démontre le mieux qu'elles sont évitables; sur ce point, l'hygiène a rendu des services inappréciables partout où l'on s'est donné la peine de l'appliquer avec intelligence et exactitude.

C'est ainsi qu'en Europe les grandes épidémies ont disparu depuis la mise en pratique des préceptes de l'hygiène moderne. Il faut aller dans les pays à demi barbares du continent asiatique, pour voir encore les maladies épidémiques fleurir comme elles le faisaient au temps passé. Aux Indes, en Chine, le choléra et la peste font de nombreuses victimes, mais en Europe les épidémies ont cessé de régner. Dès qu'une de ces mangeuses d'hommes pénètre dans un port, elle est tout de suite circonscrite et forcée de s'éteindre sur place. A Oporto, dans le Portugal, l'année dernière, cette année à Glasgow, en Ecosse, la peste a essayé de forcer les murailles sanitaires; elle a fait des brèches; mais on a immédiatement redoublé les mesures préventives, et l'on peut être certain qu'elle n'ira pas loin. Elle n'immolera plus, comme à Marseilles en 1720, 60,000 victimes.

Le choléra, qui faisait périr en France, en 1832, plus de 100,000 personnes, envahissait toute l'Europe et s'étendait même jusqu'en Amérique, n'exerce plus ses ravages que parmi les populations malpropres et fanatiques de la Mecque et des bords du Gange. Grâce aux précautions prises, les épidémies qui partaient de ces foyers actifs et s'étendaient jusqu'à l'Eu-

rope, sont allées en diminuant. L'épidémie du Finistère en 1885, causa à peine 500 décès, et l'on n'a revu depuis, sur le sol français, que des cas isolés de la maladie.

Le typhus, la maladie des camps et des prisons, le mal de misère, fit mourir en Irlande, en 1740 et 1741, 80,000 habitants. Il régna en maître pendant la guerre de Crimée et la guerre russo-turque. La dernière épidémie d'Irlande date de 1846-48, et depuis, cette terre classique du typhus n'a donné que de rares éclosions locales. Il faut, pour retrouver ce fléau à l'état virulent, visiter en Europe certains coins de pays, misérables et faméliques, comme par exemple le nord de la Russie. Mais les grandes épidémies ont disparu, grâce à l'hygiène.

Il en est de même, non seulement en Europe, mais aussi au Canada, pour la variole. C'est une maladie tenace, qui se montre un peu partout, qui revient souvent à la charge, et contre laquelle il faut se tenir toujours sur la défensive; par contre, c'est une maladie facile à enrayer, si l'on prend dès le début les précautions nécessaires. A ce propos, rien n'est plus instructif que les statistiques du Conseil Provincial d'Hygiène, et je ne saurais résister au plaisir de vous les citer. En 1885, je vous l'ai dit, la variole atteint, dans la province de Québec, près de 20,000 personnes, et en fait mourir près de 6,000. En 1887, le gouvernement local crée le Conseil Provincial d'Hygiène, et une organisation sanitaire est établie dans toute la province. Eh bien, voici quel a été depuis le bilan de la variole:

Eclosion de 1888	3 cas et 1	décès.
" de 1889	1 cas et 0	"
" de 1891	152 cas et 32	"
" de 1895	1 cas et 0	"
" de 1897	35 cas et 16	"
" de 1900	816 cas et 11	"

Vous me concéderez sans peine, n'est-ce pas, qu'il y a là un progrès sensible, et que les mesures d'isolement, de désinfection et de vaccination, si elles ont paru dans le temps quelque peu arbitraires, n'en ont pas moins été fort utiles. En Allemagne, où la vaccination est obligatoire, et où l'on pratique la revaccination, la maladie est en train de disparaître d'une manière complète, comme les allemands ont pu le prouver à l'Expo-

sition de Paris, par une carte d'Europe, sur laquelle sont indiquées par des teintes qui vont du clair au sombre, les ravages de la variole dans les pays où la vaccination est obligatoire, dans ceux où elle est simplement conseillée, et enfin dans ceux où elle n'est pas ou à peine pratiquée. " En regardant cette carte, disait le professeur Brouardel, dans son discours d'ouverture du récent Congrès d'Hygiène, à Paris, on ne peut pas oublier la phrase prononcée il y a quarante ans par Lorain dans son éloge de Jenner: " Dans un siècle, disait-il, on jugera de la civilisation d'un peuple par le nombre des varioleux qu'il perd." Admirable éloge donné par le plus grand hygiéniste de France à une nation rivale, et qui fait en même temps honneur à la perspicacité de Lorain, dont la prédiction est déjà en train de se réaliser.

Ce que l'hygiène a fait pour les épidémies, elle l'a fait aussi, dans une certaine mesure, pour les maladies endémiques contagieuses. Je sais bien qu'ici elle n'a pas eu la partie aussi belle. Il ne lui sera pas aussi facile que pour le typhus, que pour le choléra, que pour la variole, de faire disparaître la fièvre typhoïde ou la tuberculose pulmonaire d'un pays; il y aura peut-être toujours des enfants atteints de scarlatine, de diphtérie ou de rougeole. Ce sont des maladies dont on ne peut pas aussi facilement localiser le foyer d'origine; elles semblent naître sur place; comme l'immortel phénix de la mythologie, elles s'envolent de nouveau au-dessus de leurs cendres, et n'attendent pas pour le faire que les cent années soient révolues. Mais n'importe, l'hygiène fera mieux quand elle connaîtra davantage, et elle s'applique pour le moment, et avec succès, à limiter l'extension de ces maladies, à en diminuer les ravages.

La fièvre typhoïde causait de grands ravages dans certaines villes de France, dans les casernes surtout. L'hygiène s'est mise à étudier ces épidémies, et elle a dit: " Le germe de la maladie est dans l'eau; filtrez l'eau de boisson, perfectionnez vos systèmes d'égouts, ne polluez pas vos rivières, et la maladie diminuera." On a suivi ses conseils, et la fièvre typhoïde a diminué de beaucoup dans les casernes et les grandes villes.

Villemain avait proclamé un jour que la tuberculose pulmonaire n'est pas héréditaire, mais qu'elle est contagieuse. Les

hygiénistes sont allés plus loin, et ils ont écrit: " C'est la tuberculose ouverte qui est dangereuse; ce sont les crachats qui contiennent les germes; c'est dans la poussière des crachats desséchés qu'on les retrouve." Et l'on a recueilli et jeté au feu les crachats des tuberculeux, on a désinfecté leur linge, leur chambre, leur logis, on a remplacé le balayage et l'époussetage des chambres des malades et des salles d'hôpitaux par l'essuyage au linge humide, et alors sir Thorne-Thorne a pu dire un jour, en parlant au nom de l'Angleterre: " Depuis que nous avons adopté ces mesures, la mortalité de la tuberculose pulmonaire a baissé chez nous, de 45 pour cent ". On a fait plus encore: à ceux qui, pauvres et obligés de travailler, semaient leurs crachats du logis à l'atelier, et de l'atelier sur les places publiques, on a dit: " Nous vous construirons des sanatoria, dans des endroits favorables, où vous viendrez vous guérir, où vous ne serez plus un danger pour vos familles." L'Allemagne, à elle seule, en a construit quatre-vingt-trois, et hier encore le parlement de la Province d'Ontario, se rendant à la demande du gouvernement, disait aux municipalités: " Bâtissez des sanatoria pour vos tuberculeux pauvres; nous contribuerons pour $4,000 à la construction de chacun d'eux et nous vous donnerons $1.50 par semaine pour chacun des malades que vous y hospitaliserez."

Les enfants se passaient les uns aux autres la rougeole, la scarlatine et la diphtérie. On a dit: " Isolons les enfants malades, désinfectons tout ce qui les entoure, ne les laissons plus aller à l'école." Et alors on n'a plus fermé les écoles; les enfants malades, convenablement isolés, n'ont plus donné leur maladie à leurs petits frères et à leurs petites sœurs; les logis, mieux désinfectés, ne sont plus devenus des tombeaux pour les familles qui s'y succédaient; les amis et voisins, avertis, se sont tenus à l'écart, et n'ont plus promené, dans leurs visites, le mal aux quatre coins de la ville. C'est ainsi que les hygiénistes ont pu enrégistrer dans leurs statistiques que, partout où les mesures préventives étaient ainsi rigoureusement appliquées, la mortalité des maladies contagieuses diminuait sensiblement.

Voilà, Messieurs, ce qu'à fait l'hygiène pour les maladies contagieuses, et elle y est arrivé en s'appuyant sur des mesures

dont la base scientifique est absolu. On pourra en contester la forme et l'application si l'on veut, les combattre en s'appuyant sur des questions de sentiment, mais on ne pourra le faire qu'à ses propres dépens et à ceux des autres, car les faits sont là pour confirmer leur efficacité: les mesures de prévention des maladies contagieuses, bien appliquées, ont toujours donné de bons résultats, et ont fourni les meilleures moyens d'enrayer les ravages causés par ces maladies. " Grâce à l'emploi des procédés de désinfection, disait Brouardel au Congrès de Paris, là où les procédés sont bien appliqués, là où ils le sont dès que les premiers cas sont signalés, la mortalité de toutes les maladies contagieuses a fléchi; à Paris, elle a diminué d'un quart en moins de dix ans."

III. — Devoirs des gouvernements, des médecins et des familles.

Messieurs, cet aperçu des ravages que peuvent causer les maladies contagieuses et des moyens que nous donne l'hygiène pour nous en protéger demeure, je le sens, quelque peu rapide; certains points, à cause de leur importance, demanderaient que nous nous y arrêtions davantage, et plus d'un incrédule exigerait peut-être, pour être convaincu de la nécessité de l'hygiène, un peu plus de développement. Je m'en tiendrai cependant à cette courte esquisse, car je n'oublie pas que je m'adresse ce soir à un public d'élite, ayant déjà sur l'hygiène des notions suffisantes et des convictions éclairées. Je ne veux donc pas abuser de votre patience en insistant plus longuement. J'en ai dit assez pour vous rappeler les suites dangereuses des maladies contagieuses, ainsi que les beaux résultats que donne l'hygiène dans la prévention de ces maladies, et je me crois justifiable d'aborder maintenant le troisième point de ma thèse: en face de ces faits, les gouvernements, les médecins et les familles ne peuvent plus ignorer l'hygiène, c'est un devoir pour eux de la mettre en pratique.

Disons tout de suite que les gouvernements des pays civilisés ont reconnu depuis longtemps la valeur de l'hygiène, et lui ont donné une place importante dans leur administration.

Parcourez l'Europe et l'Amérique du Nord, vous trouverez partout des codes de lois sanitaires, des stations de quarantaine, des hôpitaux d'isolement, des lazarets, des bureaux de santé publique, des conseils d'hygiène, relevant soit des municipalités, soit de l'Etat. C'est que l'hygiène, avec ses moyens de prévention, s'impose comme une nécessité. Méconnaître les progrès de cette science, ce serait sacrifier l'intérêt de la nation, puisque la santé est le plus grand des biens, tant au point de vue économique qu'au point de vue social. Les gouvernements doivent protéger leurs administrés, s'efforcer d'assurer leur bien-être, et comme la bonne santé d'une population, l'état sanitaire d'un pays, sont aussi importants que le perfectionnement des industries ou la facilité du commerce, ils ont établi des lois d'hygiène qui visent au bien-être public, et sont certes aussi nécessaires que les lois commerciales ou industrielles. Et pour que rien ne manquât à l'organisation de l'administration sanitaire, non seulement ils ont établi les lois voulues, mais ils ont encore fourni les subsides indispensables. Le premier ministre de France, qui avait tenu à présider lui-même la séance d'ouverture du Congrès d'Hygiène de Paris, disait que le gouvernement français ne remplirait pas une partie importante de son rôle s'il ne favorisait pas l'application de l'hygiène par ses subsides et sa législation. C'est là un principe d'économie politique qui est devenu général, et qui a amené plus d'un gouvernement prévoyant à prendre lui-même, dans l'intérêt de ses administrés, l'initiative en fait d'organisation sanitaire. Sous ce rapport, le Canada, et notre province en particulier, n'ont rien à envier aux autres pays, car nos gouvernements ont toujours porté beaucoup d'intérêt à l'hygiène, et se sont toujours prêtés à en favoriser l'application par les mesures indiquées.

Ce n'est pas du gouvernement qu'est venue dans notre pays l'opposition, ou plutôt l'indifférence envers les exigences de l'hygiène, mais, chose étrange, elle est venue d'un certain nombre de médecins et de familles, c'est-à-dire de ceux précisément à qui l'hygiène rend les plus grands services, ou qui, par état, sont plus en mesure d'en comprendre les avantages.

Je ne discuterai pas ici ce qu'est l'hygiène pour les méde-

cins; j'ai eu occasion tout dernièrement de dire sur ce sujet ma pensée. Je me contenterai de signaler ce fait que le nombre des médecins réfractaires aux préceptes de l'hygiène diminue tous les jours. Peut-être trouverez-vous étrange qu'un médecin puisse s'opposer à l'hygiène, ou lui être indifférent. Hélas! il en est chez nous comme partout ailleurs; les méthodes nouvelles trouvent des gens qui ne sont pas préparés à les comprendre, qui s'y opposent ou les négligent parce qu'ils n'en saisissent pas l'utilité, et qui sait, peut-être aussi parce que cela dérange un peu leurs habitudes.

L'hygiène n'en demeure pas moins une science qui, pour la guérison et surtout la prévention des maladies, fournit des moyens efficaces que ne connaît pas la thérapeutique. Le médecin qui ne s'en sert pas trahit sa vocation, qui est de maintenir la santé, non seulement en guérissant les personnes qui sont atteintes de maladie, mais encore et bien plus, en empêchant les personnes saines de devenir malades. C'est en lui que se reposent les familles du soin de les conseiller, et à quels déastres ne peut-on pas s'attendre, si celui-ci ne remplit pas son devoir? Que de personnes ont souffert, que de personnes ont perdu la vie faute d'un bon conseil, en temps opportun! Mieux que n'importe qui, le médecin est à même de connaître la valeur des moyens préventifs; ne pas s'en servir, c'est pour lui faire cause commune avec la maladie et la mort. Les gouvernements, de leur côté, comptent sur lui, parce que, renseigné par les universités sur les questions à l'ordre du jour, élevé en outre par sa profession au poste de conseiller des familles, il est l'homme que sa position sociale désigne en premier lieu pour les aider à combattre le danger, et à mettre en pratique les règlements sanitaires établis dans l'intérêt public. Aussi, je le répète, bien rares sont aujourd'hui les médecins qui ignorent ou combattent de partis pris l'hygiène des maladies contagieuses.

Quant aux familles, quelle est celle qui désire avoir la maladie sous son toit? Combien de reconnaissance ne gardent-elles pas, au contraire, au médecin sage et prudent qui leur a signalé le danger, et leur a montré ce qu'il y avait à faire pour l'éviter. Alors que l'on sait prendre toutes les précautions

pour préserver le foyer contre les accidents, contre les incendies, et pour assurer le confort de ses hôtes, on laisserait aux maladies contagieuses, si dangereuses et si souvent meurtrières, la porte largement ouverte, quand il est si facile de la tenir fermée? Allons donc! Ce serait un contre-sens des plus absurdes. La famille serait alors en droit de dire au médecin: " Vous ne saviez donc pas? " et aux autorités: " Vous ne pouviez donc pas nous protéger? "

Non! la vie en commun impose des obligations auxquelles personne n'a le droit de se soustraire, et que les lois, au besoin, nous rappellent. Il faut se protéger soi-même; il faut aussi épargner les autres. " Ne faites pas aux autres, dit l'Evangile, ce que vous ne voudriez pas qui vous fût fait à vous-même ". Les membres de la famille ont des devoirs les uns envers les autres, le médecin en a envers ses clients, les gouvernements en ont envers leurs administrés. De tout cela se dégage une loi très facile à formuler: c'est qu'il faut protéger la santé publique. L'hygiène nous en fournit les moyens; c'est pour cela que je dis qu'elle est nécessaire, et que tous, gouvernements, médecins, familles, doivent favoriser son action. La raison d'être de l'hygiène repose sur la base inébranlable de toute loi:

Salus populi suprema lex!

CONSIDÉRATIONS ET STATISTIQUE SUR LA MORTALITÉ INFANTILE [1]

Par le Dr PAUL-ÉMILE PRÉVOST

Du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec.

La mortalité des enfants de 0 à 5 ans s'élève pour l'année 1899 à 14.132, c'est-à-dire, un taux de 8.8 qui meurent par 1000 de population ou 430 par 1000 décès à tout âge. Autrement dit, sur 32.800 décès qui ont eu lieu en 1899, près de la moitié sont des enfants.

Si nous comparons cette mortalité avec celle d'Ontario, nous trouvons qu'il y meurt de 0 à 5 ans 300 jeunes personnes par 1000 décès. Ontario sauve donc 130 enfants par 1000 décès de plus que la Province de Québec. Il est vrai de dire que les chances de mort sont plus nombreuses dans les premières années de la vie et qu'en conséquence, il doit mourir plus de mioches ici que dans Ontario, puisque nous avons plus de naissances, mais nous devons admettre aussi que la mortalité infantile peut être diminuée en conjurant les causes meurtrières et en ne permettant pas au mal de dépasser une certaine limite où doivent l'anéantir le dévouement et la science.

Ces 130 enfants par 1000 décès que Ontario sauve, en plus de nous, de la mort, a un grand intérêt au point de vue sociologique, car, en nous rappelant qu'il y a moins de probabilité de mort en avançant en âge, c'est-à-dire, que l'on meure moins en s'éloignant de la naissance (quoique l'on meure encore plus dans la première jeunesse qu'à l'âge adulte, alors que l'organisme plus parfait lutte avec plus d'avantage contre la maladie), ces 130 enfants par 1000 décès à tout âge, sauvés des dangers des premières années, contribueront non seulement à augmenter le chiffre de la population, mais encore, la part des proportions des décès à tous les âges jusqu'à 15 ans, ayant été faite, arrivés à l'âge adulte (15 à 60 ans) moins meurtrier et

(1) Communication faite à la Société médicale de Montréal, séance du 8 janvier 1900.

plus prolifique; c'est-à-dire que, ayant plus de chance de vivre, ils coopèreront, pendant une période de 45 ans, à l'œuvre de la procréation tout en travaillant en bon citoyen à l'œuvre de la société.

Si, dans le premier âge, nous avons un taux de mortalité plus élevé qu'Ontario, nous devons reconnaître qu'il doit en être ainsi jusqu'à un certain point, puisque la natalité dans la Province de Québec est beaucoup plus grande. N'est-il pas judicieux de prédire qu'un boulet, dirigé sur un très grand nombre, a plus de chance de faire des victimes que s'il est dirigé sur un beaucoup plus petit nombre? A tout évènement, il n'y a pas lieu de s'alarmer, car nous prenons une fière revanche par le nombre sans cesse croissant des naissances. En effet, il n'y a qu'un seul pays au monde qui ait une natalité plus grande que la nôtre: c'est l'Allemagne. Mais, si nous soustrayons le taux de la mortalité du taux de la natalité, aucun pays au monde arrive avec un surplus de naissances supérieur au nôtre. Ainsi le petit tableau suivant donnera la preuve de cet avancé:

PAR 1000 DE POPULATION.

En 1898.	Naissance.	Mortalité.	Surplus des naissances.
Angleterre	29.4	17.6	11.8
Irlande	23.2	18.1	5.1
Allemagne	36.2	20.6	15.6
France	22.1	21.2	0.9
Italie	33.8	23.1	10.7
Ontario	20.4	11.5	8.7
Québec	35.7	17.9	17.8

Si nous comparons le taux de notre natalité avec celui d'Ontario, — puisque nous avons commencé la comparaison avec elle — nous avons donc 35.7 — 20.4 = 15.3 naissances de plus qu'elle par 1000 de population; mais n'ayant eu que 300 mortalités d'enfants par 1000 décès généraux contre nous qui en avons 430, d'où une différence de 130 en sa faveur (ce qui équivaut à peu près à ¼ de moins que nous). Si nous retranchons ce ¼ de notre surplus de 15.3 que nous donne la natalité sur la sienne, nous arrivons avec un surplus net de 15.3 — 3.8 = 11.5 naissances par 1000 de population de plus qu'elle. Nous ne sommes pas encore trop mal et nous devons convenir que, s'il

meure plus d'enfants ici, c'est que la maladie faisant boulet (pour rappeler ma comparaison de tout à l'heure) fera plus de ravages si elle nous atteint puisque les naissances sont plus nombreuses. Un certain nombre sera toujours victimes des dangers des premières années; il faut qu'il en meure,, c'est entendu, il mourra toujours du monde. Mais le grand point — et c'est ce qui nous intéresse — c'est de savoir si le nombre de ceux qui meurent n'est que la proportion légitime allouée à la mortalité suivant la population ou s'il ne dépasse pas la limite normale établie par la science et la statistique.

Je serais tenté de vous parler de la France, qui guide le monde scientifique, mais malheureusement il y a peu de comparaison à établir avec elle qui a peu d'enfants et qui en a de moins en moins. Elle a beaucoup de vieillards, il est vrai; c'est un honneur, mais ce n'est pas une force, et le petit nombre qui grandit soutiendra peut-être l'équilibre par sa qualité pendant plusieurs années, un siècle même, mais il viendra sûrement un temps, où il faudra reconnaître que rien ne supplée à la quantité. Car, en supposant que sur 100 individus, la France ait moins d'imbéciles que les autres peuples, cependant je doute fort qu'elle trouvera, dans le petit nombre de ceux qui s'étiolent, les esprits et les génies suffisants qui garderont son ascendance sur le monde... La France a donc peu d'enfants et elle en perd assez peu, mais elle en perd de plus en plus. Les causes de la mortalité sont toujours les mêmes à cet âge tendre et elles sont communes à tous les pays. Budin, au Congrès international d'hygiène tenu à Paris, en août dernier, dit que 53 pour 100 des enfants âgés de moins d'un an meurent des maladies du tube digestif et des organes respiratoires, et que 38.5 pour 100 meurent de diarrhée.

Il y a une saison fatale au premier âge, et nous sommes bien forcés d'admettre que la science ne peut rien contre ses coups terribles, quand les ravages déjà grands, elle intervient trop tard. C'est là une vérité de Lapalisse que pas n'est besoin de médecin auprès d'un enfant qui ne vit déjà plus. Il faut donc apprendre aux mères à prévenir le mal plutôt que d'appeler, la plupart du temps, le médecin inutilement et trop tard pour l'enrayer. Je n'ai pas à entrer dans les détails du régime à

prescrire dans les circonstances; tout médecin ne l'est que parce qu'il les connait; mais je ferai observer que l'accoucheur néglige trop de s'assurer si l'accouchée est dans les conditions nécesaires pour allaiter et, le cas échéant, de dicter une règle sévère à suivre pour satisfaire à un bon allaitement. Il va s'en dire qu'un allaitement artificiel est soumis à des règles encore plus sévères.

Il meurt donc beaucoup d'enfants et beaucoup trop: il en mourra, quoiqu'on fasse, mais il en mourrait bien moins si les médecins mettaient plus en pratique ce qu'ils reconnaissent comme absolu en principe: les données infaillibles et relativement récentes de la science, les lois invariables de l'hygiène calquées sur les expériences des laboratoires, les statistiques parfaites des hôpitaux d'Europe où des hommes sérieux ne transigent pas avec leur devoir. De ce pas, j'entre d'emblée dans les maladies infectieuses qui font moins de victimes depuis quelques années, mais qui déciment encore trop le jeune âge. Ces maladies règnent souvent à l'état épidémique et je n'hésite pas à dire que, par son incurie, le médecin est l'un des facteurs principaux qui permettent à la maladie de se disséminer.

Nous avons eu en 1899, dans la province de Québec, 1,763 décès causés par la diphtérie, la scarlatine et la rougeole, répartis comme suit: diphtérie, 1,299; scarlatine, 308; rougeole, 156. Ces chiffres, comparés avec ceux de l'année 1898, sont très encourageants pour l'avenir s'ils se maintiennent. Ainsi, le tableau suivant mis en regard, fera foi de l'avancé:

	Rougeole.	Scarlatine.	Diphtérie.
En 1898	179	332	1,709
En 1899	156	308	1,299
	23	24	410

Nous avons donc eu 457 décès de moins causés par ces trois maladies en 1899.

De ces trois maladies communes dans le jeune âge, la plus meurtrière est sans conteste le diphtérie qui, malgré les grands bienfaits du sérum, tue encore à peu près 10 pour cent des malades, là où l'on fait un usage courant de l'antitoxine.

Depuis quelques années, la diphtérie diminue sensiblement tous les ans dans notre province, et c'est certainement dû au sérum. Mais le taux de la mortalité est bien au delà de 10 pour 100, ce qui s'explique clairement si nous admettons que l'usage du sérum n'est pas général. Je regrette de ne pouvoir donner le taux de la mortalité par cette maladie: il faudrait connaître le chiffre total des cas de diphtérie qu'il y a eu dans toute la province, durant l'année, et les rapports faits sont trop incomplets pour servir de base infaillible.

Il n'est pas sans intérêt de vous donner un résumé de la communication faite par le docteur Louis Martin, au Congrès international d'hygiène de l'été dernier; ce sont, sans doute, les dernières données sur le sujet. " De 1890 à 1894, dit-il, il y avait à Paris tous les ans, autour de 1,432 décès causés par la diphtérie; en 1894, alors que l'usage de l'antitoxine n'était pas encore généralisé, la mortalité était de 1008; en 1895 de 427; en 1896 de 454; en 1897 de 300; en 1898 de 225; en 1899 de 333.

Ce qui donne pour les 5 dernières années une proportion annuelle d'à peu près 354 décès, au lieu de 1,432, tel que mentionné de 1890 à 1894.

De 1895 à 1899, de 16,499 cas de diphtérie traités à Paris, 1,769 sont morts, ce qui donne un taux de mortalité de 10.7 par 100. Avant cette date la mortalité était de 40 à 45 pour 100.

A la suite de cette communication intéressante, le Congrès a fait la motion suivante:

" Il est indispensable que les gouvernements et les municipalités créent un nombre suffisant de laboratoires afin d'y faire, et gratuitement, l'examen des cas douteux. Il est important qu'un enfant en convalescence de diphtérie ne soit admis à l'école que sur présentation d'un certificat établissant que sa gorge est débarrassée de tout bacille de la maladie ".

Il n'était peut-être pas utile de vous donner tous ces détails sur une question que vous connaissez, mais je ne crois pas le sujet dénué d'intérêt, surtout si je compare les décès par la diphtérie en 1899 qui s'élèvent à 333 à Paris, une ville plus peuplée que toute notre province, avec le nombre de nos dé-

cés par la même maladie qui atteint le chiffre énorme de 1,299 pour la même année 1899; avec une population moindre, nous avons eu 966 décès de plus causés par une maladie presque vaincue à l'étranger et contre laquelle notre pays combat à peine. Il est de toute évidence, n'est-il pas vrai, que nous ne faisons pas ici les mêmes efforts qu'ailleurs, pour combattre et détruire les fléaux qui nous envahissent; c'est à nous, médecins, qu'il incombe d'instruire les autorités, les conseils municipaux, spécialement dans les campagnes, sur l'urgence de fournir aux pauvres, aux frais de leur municipalité, tout le sérum nécessaire pour sauver de la mort 85 à 90 pour cent de ceux qui ont la diphtérie. C'est plus que du dévouement, c'est un devoir!

Les décès causés par la fièvre scarlatine, la rougeole, la coqueluche, ne sont pas énormes, mais ne pourraient-ils pas être encore bien moindres? Je réponds sans hésiter: oui. Car en ne parlant que le langage du bon sens, si le médecin reconnaît la contagiosité de ces maladies, ne faut-il pas admettre aussi qu'il est la plupart du temps la cause principale de leur dissémination? La négligence étant à peu près générale, je ne crois pas que les médecins présents ici ce soir se prévalent de l'observation que je veux faire dans l'intérêt de la profession et de la santé générale: je n'irai pas jusqu'à douter que le médecin néglige de se désinfecter après la visite d'un cas de diphtérie ou de scarlatine, mais m'adressant directement à vous, je vous demanderai combien il y en a qui protègent et leur personne et leurs habits contre les dangers de l'infection? Ils sont rares, je crois. C'est ainsi qu'ils vont porter dans d'autres maisons les germes de la maladie qui prend souvent un caractère épidémique: la conclusion est que plus le nombre des malades est grand, plus la proportion des morts est élevée, car il est reconnu que, malgré l'adresse du médecin et les secours souvent efficaces de la science, il mourra quand même et toujours quelqu'un de la diphtérie, de la scarlatine et des autres maladies infectieuses — ce qui veut dire en d'autres termes que les lois de l'hygiène étant bien observées, les médecins devenant plus prudents, les soins antiseptiques étant particulièrement plus répandus, les maladies infectieuses deviendront moins fréquentes

et il mourra moins de monde. Je pousserai même la hardiesse jusqu'à dire que sur 25 élèves en dernière année de médecine, connaissant bien en théorie les maladies infectieuses, pas un seul peut diagnostiquer promptement et sûrement un cas de diphtérie, de variole ou de scarlatine; ils n'en sont pas coupables, sans doute, puisqu'il ne leur est pas permis de visiter les hôpitaux réservés aux maladies contagieuses, ce qui est une lacune impardonnable. — Ces élèves, reçus médecins, s'établissent dans nos campagnes avec une connaissance pratique très insuffisante des maladies contagieuses; la lenteur qu'ils mettent à faire un diagnostic permet à l'infection de se répandre, et c'est ainsi que des épidémies envahissent tout un village et y font tant de victimes.

Je renonce au désir de vous parler de cette question au point de vue national, mais je ne puis terminer sans m'incliner devant le principe humanitaire qui nous commande de fournir à nos semblables toutes les chances de vie, puisqu'ils vivent et qu'ils n'ont jamais demandé de naître. Nous sommes loin d'admettre le principe de Malthus qui dit: — " Un homme qui naît, si sa " famille n'a pas les moyens de le nourrir ou si la société n'a " pas besoin de son travail, cet homme n'a pas le moindre droit " à réclamer une portion quelconque de nourriture, et il est " réellement de trop sur la terre. Au grand banquet de la na- " ture, il n'y a point de couvert mis pour lui. La nature lui " commande de s'en aller et elle ne tardera pas à mettre elle- " même cet ordre à exécution."

Je lui répondrai qu'une famille, un peuple, ne cesseront de s'accroître que quand le défaut de vivres s'opposera à leur fécondité; or, je crois que le désir d'engendrer prime toujours tous les autres et que le besoin de manger ne détruit pas le besoin physiologique et impérieux que la nature a déposé chez les deux sexes. " La nature, dit Michelet, ne se fie pas à nous " pour les grandes fonctions de la vie qui la conservent. Elles " s'accomplissent d'instinct et comme sous l'empire du som- " meil. Notre chimie physiologique, si prodigieusement com- " pliquée, va son chemin sans demander conseil. Il en a été " ainsi de la perpétuité de l'espèce humaine, opérée par l'a- " mour et le mariage, par la constitution de la famille. Tout

" cela n'a presque en rien changé, et l'homme est resté, pour " ces grandes choses essentielles, dans la ligne raisonnable. La " déraison ne s'est trouvée que dans les hauts esprits, les hom- " mes de pensée et d'autorité, dans les guides de l'espèce hu- " maine."

La conséquence est qu'il naîtra toujours des êtres par nous, ayant tous les droits à l'existence comme nous et pour qui notre devoir est de faire place et de leur permettre comme à tous les autres de gagner leur subsistance. S'il n'y a pas de travail, un riche quelque peu humain peut toujours lui jeter du pain, mais jamais lui enlever la vie qui ne semble encombrante que parce qu'elle trouble ses bonnes affaires. — Si ce principe malsain de Malthus faisait loi, quelle serait donc l'utilité du médecin dont le rôle est plus que de soulager mais de guérir? Appelé pour exercer dans une famille pauvre, son plus beau titre de gloire serait donc d'expédier, *ad patres*, un pauvre innocent, sous prétexte d'une nourriture insuffisante: ce n'était pas là la politique de Jésus-Christ et la nature a arrangé si bien les choses qu'un pauvre vit là où un riche crèverait!

A tout évènement et jusqu'à nouvel ordre, je crois qu'il faut bien armer nos jeunes médecins contre les dangers de la pratique et l'insuffisance de leur expérience. Que le médecin déjà expérimenté et consciencieux devienne plus prudent. Qu'on instruise nos conseils municipaux sur les devoirs qui leur incombent, et nous verrons, alors, qu'il n'y aura que peu de mortalité, si un trop grand nombre diminue le bonheur de la société. Il y a, dans notre pays, de la place pour tout le monde et nous avons besoin de tous ceux qui naissent.

LA MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE DANS LA TUBERCULOSE (1)

Par MM. SAMUEL BERNHEIM et ANDRÉ ROBLOT, de Paris.

D'une longue étude que nous avons faite sur la médication créosotée, deux conclusions se dégagent au point de vue clinique:

1° L'emploi des polyéthers de la créosote est supérieur à l'emploi de la créosote en nature.

2° Parmi les polyéthers créosotés, ceux qui donnent les meilleurs résultats thérapeutiques dans la tuberculose, sont ceux où il entre un radical phosphoré.

Mais, il ne suffit pas de constater les fait, il faut encore les expliquer, ou tout au moins en tenter une interprétation fondée sur la physiologie normale et pathologique.

C'est donc le mode d'action de la médication créosotée et surtout phospho-créosotée que nous voudrions élucider ici.

I. — Résumé sur le mode d'action de la créosote.

Du mode d'action de la créosote nous ne dirons que peu de chose, cette question ayant reçu de nous, ailleurs le développement qu'elle comporte.

Nous avons vu que diverses interprétations en avaient été proposées: Nous ne ferons que les résumer:

1° On a dit tout d'abord que la créosote agissait par son pouvoir antiseptique qui est incontestable et qui a été mesuré par Bouchard. Selon cet auteur, la puissance antiseptique de la créosote serait égale ou supérieure à celle de l'acide phénique. Le développement du bacille de Koch est empêché dans le bouillon glycériné et peptonisé, par 0 gr. 80 de créosote pour 1000; 0 gr. 50 pour 1000 suffisent dans le sérum gélatinisé de Koch; 0 gr. 062 pour 1000 apportent déjà, d'après Guttmann, un retard considérable à la culture. Et Guttmann pensait que si

(1) Ce travail a été écrit spécialement pour l'*Union Médicale du Canada*.

l'on pouvait introduire dans l'organisme une quantité de créosote telle que le sang en contienne, un certain temps, 1 pour 4000 de sa masse totale, la pullulation des bacilles pourrait cesser. Mais il est impossible, pensait Guttmann, d'introduire dans l'organisme une si grande quantité de créosote. Si l'on admet que la masse sanguine est, chez l'adulte, le $^1/_{13}$ environ du poids du corps, la quantité de sang chez un homme de 60 kilogr. serait de 4615 gr. (soit $^{41}/_2$ à 5 litres) et il faudrait, pour atteindre la proportion de 1 pour 4000, qu'un gr. de créosote circulât dans le sang. Guttmann pensait que ce taux ne saurait être atteint sans danger. Nous avons vu, au contraire, que, par la méthode hypodermique à doses intensives, par l'emploi des polyéthers de la créosote, ce rapport de la créosote introduit à la masse sanguine pouvait être et avait été maintes fois atteint. Est-ce à dire que, de ce fait, la pullulation bacillaire ait été suspendue? La clinique, presque toujours, a répondu négativement.

C'est donc que, si la créosote agit contre l'infection tuberculeuse ou contre les infections secondaires développées à côté d'elle, elle le fait sans le concours de son pouvoir antiseptique.

Sans doute, il y aurait à rappeler ici les expériences de laboratoire, si nombreuses, qui ont résolu la question, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Nous avons parlé des expériences de Bouchard sur les lapins, d'où il avait conclu à un pouvoir directement antibacillaire de la créosote sur le processus tuberculeux. Confirmatives de ces expériences, furent celles de Goze et de Simon, trouvant que, en injectant à des animaux des crachats contenant des bacilles et mêlés depuis 48 heures à de la créosote, celle-ci entravait le développement de la tuberculose; les expériences de Schneller qui croyait pouvoir combattre l'infection tuberculeuse chez les lapins, au moyen des inhalations d'eau créosotée; celles de Pilotte constatant qu'une solution de créosote à 1% entrave le développement des bacilles de la tuberculose sur des terrains morts.

Mais, à ces expériences confirmatives de l'action antibacillaire de la créosote, on pourrait aussi justement opposer celles de Caruet, qui, dans le laboratoire deKoch, introduisant de la

créosote même à doses considérables dans l'estomac de cobayes tuberculisés, n'a pu entraver le développement des bacilles.

L'action antibacillaire de la créosote — l'antisepsie pulmonaire, comme on l'avait espéré, par elle assurée — n'est donc rien moins que prouvée; et les partisans les plus convaincus semblent peu à peu avoir renoncé à cette explication. Outre que la créosote, quand elle agit, produit parfois des effets utiles à des doses qui ne peuvent guère atteindre la vitalité du bacille de Koch, et qui ne sont pas nécessairement très élevées, mais assez loin des confins de l'intolérance, il faut bien le dire, qu'il ne lui est guère facile d'atteindre le bacille infiltré dans le tissu pulmonaire interstitiel, entouré d'une gangue isolante de sclérose, protégé par les néoformations cellulaires réactionnelles, isolé en quelques sorte, de la circulation par l'oblitération vasculaire qui se produit autour des tubercules.

L'action spécifique de la créosote sur le bacille de Koch est donc très probablement illusoire.

2° Alors on a proposé d'autres explications;

Et l'on a dit que la créosote agit *indirectement* sur le processus tuberculeux.

(*a*). — Comme presque toujours, le véhicule choisi pour la créosote est l'huile, soit l'huile de foie de morue pour l'administration gastrique, soit l'huile d'olive stérilisée par la voie hypodermique, on a prétendu (Landouzy) que les effets curatifs ou d'amélioration attribués à la médication oléo-créosotés étaient en réalité plus imputables au corps gras qu'à la créosote.

Mais si l'huile est, de fait, un parfait excipient pour la créosote, de ce qu'elle ajoute très certainement ses effets à titre daliment d'épargne, à ceux de la créosote, il ne semble pas légitime de dénier à celle-ci toute action thérapeutique, et de faire attribuer à une seule des deux substances collaboratrices la totalité de l'action médicatrice — ce qui le prouve bien — c'est que la médication oléo-créosotée provoque souvent chez le malade, un accroissement du poids du corps très supérieur à la quantité d'huile injectée. Il y a donc là plus qu'une action mécanique, calculable par simple condition, il y a certainement

une action multiplicative dont le dynamogénisme nous échappe peut-être, mais n'en est pas moins nécessaire.

(*b*). — Et c'est précisément une action dynamogène que Burlureaux accorde à la créosote. C'est poser un postulat pour se dispenser de chercher autre chose.

(*c*). — De cette action dynamogène, on a imaginé divers mécanismes. Hoelscher et Seifert pensent que la créosote neutralise les toxalbumines fabriquées par les bacilles de la tuberculose; Fernet, lui attribue des propriétés sclérogènes;

Simon, élève de Burlureaux, comparant les effets de l'injection créosotée à ceux des tentatives toxinothérapiques faites par MM. Hallopeau et Roger pour combattre le lupus par les injections de cultures microbiennes stérilisées, conclut que la créosote exalte les défenses naturelles de l'organisme, favorise le pouvoir phagocytaire, et provoque des conditions cellulaires et humorales telles que la survie des agents microbiens est incompatible avec elles.

Cette explication pourrait bien être celle qui contient la plus grande part de vérité. Elle vient de recevoir, du moins, un nouvel élément de vraisemblance des expériences d'Arloing et Courmont sur la séro-réaction dans la tuberculose.

Arloing a montré que, sous l'influence de la créosote, le sérum du sang de chèvre acquiert des propriétés agglutinantes à l'égard du bacille de Koch. Et, comme l'agglutination représente un mécanisme de défense vis-à-vis de l'infection, la créosote, provoquant cette réaction de l'organisme vivant, peut être considérée comme douée d'une action spécifique sur le bacille de Koch, mais par *voie indirecte*.

Si l'on donne, de l'action dynamogène de la créosote invoquée et entrevue par Burlureaux, cette explication et ce mécanisme, on peut conclure avec Simon que la créosote n'agit "ni comme un antitoxique, ni comme un bacillicide, mais comme un médicament apte à exciter les activités cellulaires et les fonctions phagocytaires en vue d'un humorisme défensif".

Ainsi comprise, la créosote peut être dite un *spécifique indirect* de la tuberculose.

II. — Inconvénients de la créosote.

Malheureusement, son action curative est limitée par son action nocive. Et cette limite explique les échecs de la créosote. Nous avons longuement insisté sur les phénomènes d'intolérance développés par la créosote à doses intensives, sur ses dangers, sur ses contre-indications, pour n'avoir pas à y revenir. Nous rappellerons que les desiderata de la médication créosotée ressortissent aux causes suivantes:

1° La créosote a une intense action corrosive.

2° MM. Bouchard, Gimbert, Burlureaux, Fischer, Gottheil démontrent que, pour agir, la créosote doit être administrée à hautes doses. Mais, à hautes doses sûrement, à petites doses quelquefois, la créosote en nature est toxique. Elle n'est plus un médicament, mais un poison coagulant l'albumine (Friedheim).

" En résumé, dit Lorot, la créosothérapie nous met en présence de ce dilemme: la créosote est irritante et parfois dangereuse à petites doses, et, pour en retirer des résultats sur le traitement de la phtisie, il faut en absorber de hautes doses. La créosote, pour agir, nécessite des doses élevées; ces doses élevées sont toxiques. En un mot, l'action curative de la créosote est neutralisée, dépassée, annihilée par l'action toxique ".

La difficulté, nous l'avons vu, a été résolue par *l'éthérification de la créosote*, c'est-à-dire en la combinant à un acide. L'action corrosive et toxique disparaît. L'action curative seule demeure.

III. —Avantages des prolyéthers de la créosote.

Nous avons vu, en effet, que, indépendamment de leurs propriétés individuelles, les polyéthers de la créosote présenteraient les avantages suivants:

1° L'absence de toxicité, au moins aux plus hautes doses curatives nécessaires, tandis que la créosote peut être toxique à petites doses (Suriau et Burlureaux ont cité un cas de mort après absorption de 0.25 centig. de créosote; au cas d'empoisonnement avec 18 gouttes, Bard rapporte un cas de mort avec

3 gr. de galacol, etc....) Aucun sel de créosote n'a jamais causé ces accidents. Lorot, qui en a fait une étude complète, a pu les administrer, pour la plupart, à hautes doses sans inconvénient (c'est ainsi qu'il donné une fois 40 gr. 48 de créosote sous forme de carbonate de créosote sans autre inconvénient que les urines noires.)

Il est donc vrai, à la lettre, de dire que la médication créosotée intensive n'est pas réalisée par la créosote pure, parce que par elle, en effet, le plus souvent elle n'est pas réalisable, mais par les dérivés de la créosote, par les éthers.

2° Et si cette médication intensive est possible, c'est vraisemblable parce que le dédoublement des sels créosotés ne s'opère que dans l'intestin, mettant en liberté l'acide éthérifiant et la créosote, et ne s'opère que lentement, pour répartir la créosote sur une vaste surface d'absorption. Pour tous les éthers de la créosote, la transformation est la même, et le mode d'action vraisemblablement identique.

3° Les sels de créosote ont pour propriété fondamentale de modifier l'organisme. Lorot, expérimentant sur des cobayes, a trouvé que, à petites doses, ils amènent l'amaigrissement; à très hautes doses, la congestion pulmonaire, puis la mort. Mais cette congestion pulmonaire, fatale à trop hautes doses, existe pour tous les degrés de la médication créosotée. Peu accentuée, elle est alors un adjuvant et une collaboratrice des défenses naturelles. Rokitouky a montré qu'il existe une incompatibilité entre la tuberculose et l'insuffisance mitrale qui cause l'hyperhémie du poumon. Le bacille de Koch se développe d'autant mieux que le poumon est plus anémié, soit du fait d'une maladie (rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire) soit naturellement, comme il arrive pour les sommets, du fait de la position verticale du corps (Jacoby).

Enfin, cette congestion, ayant pour effet de provoquer un afflux de sang au niveau des lésions, a encore un rôle défensif vis-à-vis des bacilles: pour Buchner, les alexines du sang normal sont de merveilleux défenseurs contre les microbes, et d'après Schulster, le sang veineux fraîchement émis, possède des propriétés bactéricides énergiques.

4° Un effet physiologique caractérise encore l'action des

éthers créosotés: il est dû à leurs propriétés antithermiques. On sait combien l'hyperthémie de l'hecticité est tenace; elle cède volontiers à l'influence des sels de créosote. " Quant au fait, dit Larot, une injection de 10 grammes de carbonate de créosote à un phtisique qui a de la rougeur des pommettes, les joues qui étaient d'un rouge vermillon perdent leur éclat, et ce faux rouge s'éteint peu à peu pour faire place, au bout de quelques heures, à la coloration habituelle du visage ".

5° Ce qui fait, enfin, la supériorité thérapeutique des éthers de la créosote, c'est leur action acidifiante, créant un milieu humoral artificiel qui rappelle le sol arthritique, et qui est impropre à la pullulation microbienne.

C'est là une considération qui mérite d'être développée — car c'est elle qui, selon nous, explique surtout la supériorité des éthers créosotés — et, parmi eux, l'efficacité vraiment remarquable de ceux qui contiennent un radical phosphoré.

(A suivre)

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES PLEURÉSIES PURULENTES

Les pleurésies purulentes aiguës peuvent être produites par la présence de divers microbes isolés ou associés suivant les cas.

D'après Netter les pleurésies purulentes simples seront le fait du pneumocoque, du streptocoque, du staphylocoque, des bacilles de Koch, ou de Friedlander, ou d'Eberth, etc., etc.

Les pleurésies à microbes associés sont le résultat de l'association de ces mêmes microbes ou de l'association de ces microbes aux suivants: tétragène, colibacille, etc., que l'on retrouve plus particulièrement dans les pleurésies putrides ou gangréneuses.

Les moyens de traiter ces différentes pleurésies sont la thoracentèse et la pleurotomie pour la partie chirurgicale, combinés au traitement médical par les toniques reconstituants et une hygiène irréprochable.

Nous avons déjà dans un article précédent (1) donné la technique de la thoracentèse. Nous nous contenterons cette fois de décrire l'opération de la pleurotomie, puis nous ferons les indications particulières de la thoracentèse ou de la pleurotomie selon les cas de pleurésie que nous pourrions avoir à traiter.

Pleurotomie. — Cette opération doit être rigoureusement antiseptique. La *ponction exploratrice* est de rigueur dès que l'on soupçonne une pleurésie purulente; elle se fait de la manière indiquée précédemment à l'article " Thoracentèse ".

Les instruments nécessaires, sont: un bistouri droit, un bis-

(1) Voir *Union Médicale du Canada*, février 1901.

touri boutonné, des écarteurs, des pinces hémostatiques; bourdonnets de coton hydrophile aseptique, gaze iodoformée, ouate, éponges, deux gros tubes à drainage d'une longueur de 4 à 6 pouces, plusieurs pintes d'une solution boriquée tiède à 4 pour 100 ou de chlorure de zinc à 1 pour 100 ou simplement d'eau salée. Tout cet arsenal doit être absolument stérilisé et dans un état d'asepsie parfaite au moment de l'opération.

Le lavage du champ opératoire doit être fait avec l'attention la plus soignée et les petites plaies infectées résultant d'applications irritantes, etc., doivent être spécialement nettoyées et rendues aseptiques.

L'opérateur fera de la manière usuelle la désinfection de ses mains et ses aides suivront méticuleusement son exemple.

En thèse générale l'anesthésie est plutôt contre indiquée, elle présente des dangers plus particulièrement, chez les malades dont le cœur est déplacé, dont le champ respiratoire est grandement diminué.

La douleur due à l'incision ne dure, du reste que quelques instants. Chez ceux qui ne pourraient probablement pas supporter un anesthésique général, l'injection de cocaïne dans la ligne d'incision suffit pour rendre l'opération indolore.

L'incision, quand on est maître de choisir, se fait dans le huitième espace intercostal, à partir de la ligne axillaire postérieure à peu près sur le bord antérieur du muscle grand dorsal; chez les enfants on peut pratiquer l'incision au niveau du septième ou même du sixième espace .

Dans les cas de pleurésies enkystées ou de pleurésies interlobaires, l'incision est subordonnée au siège de l'épanchement.

Quelquefois un abcès extérieur peut faire varier le point d'incision soit que l'on veuille éviter d'ouvrir ou que l'on veuille inciser cette tumeur.

Le manuel opératoire est excessivement simple: l'on incise couche par couche en suivant le bord supérieur de la côte sous jacente, l'index gauche ne doit jamais quitter la plaie et dès qu'il a reconnu la plèvre, cette dernière doit être ponctionnée avec la pointe du bistouri, puis on agrandit, dans le sens transversal au moyen du bistouri boutonné si la pleurésie siège à gauche et que l'on craigne de blesser le cœur.

Lavage à l'eau bouillie saturée d'acide borique, nettoyage des bords de la plaie, introduction des drains munis, à l'extrémité, d'une épingle de sûreté, un drain suffit si les lavages ne doivent pas être continués. Vient ensuite le pansement, au moyen de la gaze iodoformée enroulée autour du drain et recouverte de ouate. L'ensemble du pansement est maintenu par une bande trempée dans une solution de bichlorure. Le malade se couche sur le côté opéré pour faciliter l'écoulement du liquide. S'il n'y a pas d'élévation de température, le pansement ne sera renouvelé que lorsqu'il sera souillé.

Faut-il pratiquer des lavages de la plèvre après la pleurotomie?

"Tant que le liquide est purulent et non séreux, il faut laver la plèvre. (Debove et Courtois-Suffit).

"Si le liquide est d'odeur fétide, il faut laver la plèvre, même à l'aide de solutions antiseptiques énergiques.

"Si la fièvre persiste après l'opération ou reparaît après une période d'apyrexie, il faut encore agir de même."

Le sublimé à 1 pour 4 ou 5000, l'acide salicylique, à 1 ou 2 pour 1000, la créoline à 1 pour 100, le chlorure de zinc, sont les solutions employées, après lavage avec un antiseptique énergiquement toxique v. g., sublimé, il vaut mieux faire suivre d'un lavage à l'eau bouillie pure pour enlever tout excédent qui pourrait être absorbé. La plupart des chirurgiens se contentent aujourd'hui de l'eau salée stérilisée pour faire les lavages de la plèvre. Le liquide sera injecté à la température de 38 ou 39 degrés.

Indications particulières. — Les pleurésies à *pneumocoques* primitives ou consécutives à une pneumonie, laissées à elles-mêmes, se résorbent quelquefois, plus souvent elles s'enkystent et se terminent par vomique. Mais cette terminaison par vomique n'arrive que dans un quart des cas, et encore le malade est exposé à des accidents: pneumothorax, suppurations prolongées. Il faut donc intervenir, et l'intervention de choix est la pleurotomie précoce. C'est ici le triomphe de la pleurotomie et par ce procédé la mortalité a été amenée à 2.3 pour 100 (Netter). La guérison arrive souvent après une simple ouverture de la plèvre, sans lavage, en 2 à 4 semaines.

La thoracentèse suffit quelquefois à guérir la pleurésie purulente aiguë à penumocoques, mais si après une première évacuation le liquide se reforme, ou si l'on reconnait une grande virulence au microbe, il faudra recourir, sans hésitation, à la pleurotomie.

Le pleurésie à *streptocoques* est caractérisée par la reproduction incessante du liquide, celui-ci peut même se reproduire après la pleurotomie. Cette reproduction est constante après la thoracentèse. La pleurésie à streptocoques, d'autre part, n'offre aucune chance de guérison spontanée, et fait courir au malade les risques d'une infection généralisée si elle est abandonnée à elle-même.

La règle sera donc ici la pleurotomie d'emblée, suivie ou non, de lavages antiseptiques. Les lavages en petit nombre seront le plus souvent nécessaires.

Les pleurésies purulentes associées doivent être traitées par la pleurotomie. La gravité de l'état général dans la fièvre typhoïde n'est pas une contre indication à l'opération.

La *pleurésie gangréneuse*, consécutive à la gangrène pulmonaire; la pleurésie putride que l'on peut observer après un abcès du foie, du poumon, ou après un cancer de l'œophage, etc., nécessitent une pleurotomie hâtive. L'opération sera suivie de lavage antiseptiques qui seront continués plusieurs jours et quelquefois plusieurs semaines.

En résumé, au point de vue thérapeutique, il existe trois grandes variétés de pleurésies purulentes aiguës.

1° Les pleurésies à pneumocoque qui doivent, d'une façon générale, être traitées d'abord par la ponction simple ou répétée, mais que l'on ne doit pas hésiter à traiter par la pleurotomie, si l'épanchement ne présente, après deux ou trois ponctions, aucune tendance à la guérison, et surtout si l'inoculation démontre la virulence de l'agent microbien. La pleurotomie, sans lavages, suffit d'ordinaire à amener la guérison.

2° Les pleurésies à streptocoques qui peuvent exceptionnellement guérir par la ponction, mais qu'il faut généralement traiter par la pleurotomie précoce, suivie de rares lavages avec un liquide antiseptique.

3° Les pleurésies gangréneuses et putrides qui nécessitent la pleurotomie précoce suivie de lavages répétés.

Nous n'insisterons pas sur la *pleurésie interlobaire*, elle est le plus souvent méconnue et la vomique en est le premier signe révélateur. Si la vomique n'est pas suivie d'amélioration, le chirurgien devra pratiquer la pneumotomie.

La *pleurésie diaphragmatique*, s'évacue, elle aussi, fréquemment par vomique. Si cependant l'on a pu en faire le diagnostique précoce, confirmé par une ponction exploratrice, l'on pratiquera la thoracentèse en prenant de grandes précautions pour ne pas perforer le diaphragme.

La thoracentèse est aussi le traitement habituel des pleurésies enkystées du sommet, ainsi que des autres pleurésies partielles et des pleurésies cloisonnées. On la fera suivre de lavages antiseptiques.

Tout ce qui vient d'être dit s'applique exclusivement au traitement des pleurésies purulentes aiguës. Dans les pleurésies purulentes chroniques, cas où la plupart du temps, après la pleurotomie, la coque pleurale rigide ne peut revenir sur elle-même, on pratique une opération destinée à mobiliser une plus ou moins grande partie de la cage thoracique: c'est l'opération d'Estlander. Cette opération inventée en 1879, est déjà quelque peu moins en faveur. L'expérience a montré que ce n'est pas une opération bénigne et qu'elle n'a de chances de succès que chez les jeunes sujets.

H. Hervieux.

SOCIÉTÉS

CONGRÈS CONTRE LA TUBERCULOSE TENU A OTTAWA.

Le 14 février, s'ouvrait, à Ottawa, le premier congrès canadien contre la tuberculose. Notre distingué gouverneur-général, lord Minto, en avait accepté le patronage, et c'est sous sa présidence qu'eut lieu la première séance. Un nombre considérable de médecins, venus des provinces de Québec, d'Ontario, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Ecosse, du Manitoba et des autres provinces, avaient répondu à l'invitation de leurs Excellences Lord et Lady Minto, et plusieurs d'entre-eux présentèrent, devant les membres du Congrès, des travaux fort documentés, sur les résolutions présentées à la discussion, au cours de chaque séance.

Lord Minto, après la lecture de l'adresse de bienvenue par monsieur le Maire d'Ottawa, prononça un discours qui créa une très bonne impression. Notre gouverneur général prouva combien cette grave question des ravages de la tuberculose lui était familière et combien il avait à cœur la réussite de toutes les mesures capables d'enrayer en notre beau pays, le progrès grandissant de ce *white plague.*

Lors de la dernière réunion de la Canadian Medical Association, tenue à Ottawa, le 13 septembre 1900, il fut proposé de travailler à l'organisation d'une ligue contre la tuberculose qui porterait le nom de " Canada Association for the Prevention of Tuberculosis ". Un comité provisoire fut nommé et chargé de préparer les règlements et mesures les plus propres à assurer la vitalité d'un tel projet. C'est à ce premier comité que revient tout l'honneur et tout le mérite du Congrès auquel nous venons d'assister. C'est ce comité, en effet, qui a travaillé à son organisation et qui en a tracé tout le programme.

Au président, sir James Grant, et au secrétaire général, le révérend M. Eby, revient la grande part du mérite.

Nous croyons bon de donner ici la teneur des différentes résolutions présentées et adoptées par les membres du Congrès.

Après l'allocution du président, sir James Grant, sir William Hingston, chargé de présenter la première résolution fit un discours sur la tuberculose, au double point de vue de sa non-héridité et de sa curabilité. Il insista sur la nécessité de convaincre le grand public de la véracité de ces consolantes vérités, et de bien lui faire comprendre les dangers de contagion qui accompagnent cette terrible maladie.

Voici cette première résolution:

Considérant les ravages de la tuberculose au Canada, sa contagiosité et les dangers d'infection, pour les habitations ou les moyens de transport, qui accompagnent le malade tuberculeux porteur de lésions chroniques; considérant surtout l'enseignement scientifique qui prouve, à l'évidence, la curabilité aussi bien que le peu de danger de contagion pour les tuberculeux au début de la maladie:

Il est résolu que, dans l'opinion des membres de ce Congrès, qui représentent les gouvernements et les populations de tout le Canada, chaque gouvernement, municipalité, et chaque citoyen en particulier, doivent prendre des moyens capables d'enrayer le progrès de cette maladie qui cause aujourd'hui le seizième de la mortalité totale du Canada.

Plusieurs membres présents prirent la parole, entre autres, M. le docteur James Stewart, de Montréal, appuyant cette résolution.

Nous avons, nous-même, demandé d'ajouter le mot " non hérédité " avant le mot: curabilité, de la résolution telle que présentée par sir William Hingston, ce qui fut adopté.

M. le docteur G. Roddick, de Montréal, lut et fit adopter la seconde résolution qui se lit comme suit:

Considérant que l'Acte de l'Amérique du Nord impose aux différentes provinces du Canada, le devoir de faire les lois concernant l'hygiène:

Il est résolu que ce Congrès invite tout spécialement les

gouvernements, les municipalités et les bureaux de santé de faire des lois ou règlements:

1° Pour encourager la déclaration de tous les cas de tuberculose;

2° Pour prévenir l'infection des édifices publiques, moyens de transports, et des logements par l'expectoration de tuberculeux;

3° Pour permettre l'inspection des édifices publiques, usines, etc., dans le but d'améliorer leur ventilation, leur éclairage et leur état sanitaire;

4° Pour arrêter les progrès de la maladie par une surveillance du lait et de la viande;

5° Pour faciliter l'établissement de sanatoriums où les cas curables pourront recouvrir la santé, et où les cas avancés recevront, pour eux-mêmes, les meilleurs soins possibles, sans dangers d'infection pour leur habitation et leur entourage.

M. le docteur E. P. Lachapelle, appuya ces résolutions par de savantes considérations, démontrant la nécessité d'instruire les enfants des écoles pour mieux atteindre le peuple et lui faire comprendre que cette maladie est guérissable, qu'elle n'est pas héréditaire. M. le docteur Lachapelle demande, en plus, l'inspection obligatoire des écoles, habitations, etc., ainsi que la désinfection des lieux occupés par les tuberculeux qui ont atteint la phase d'expectoration.

M. le docteur Louis Laberge, médecin du bureau d'hygiène de Montréal, conseilla la création d'un ministère de la salubrité publique.

M. le docteur Adami, de Montréal, fit une savante dissertation, avec statistique à l'appui, sur les avantages que présente l'abattage du bétail infecté par la tuberculose.

L'orateur conseilla aux gouvernements d'établir des sanatoriums pour tuberculeux, dans les différents climats du Canada, pour mieux juger de leurs effets thérapeutiques.

M. le docteur Lecavalier, de Montréal, montra les ravages accomplis par la tuberculose et les bons effets que les tuberculeux peuvent retirer du traitement dans les sanatoriums.

La quatrième résolution avait trait à la création d'une société portant le nom de " Dominion Association for the Prevention of Tuberculosis ".

Lord Minto fut choisi comme président honoraire; sir James Grant, comme président; M. le docteur A. J. Richer, et le Rév. C. S. Eby, comme secrétaires.

La prochaine convention aura lieu à Ottawa, en 1902.

J. E. DUBÉ.

SOCIÉTÉ MEDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 29 Janvier 1901.

Présidence de M. DUBÉ.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

Communication.

— *Le traitement de la fièvre typhoïde à l'Hôpital Notre-Dame*, par le docteur J. A. LeSage. (Ce travail sera publié plus tard.)

— *Discussion:* M. LECAVALIER, sans mettre en doute le traitement par le bain froid et par la suralimentation, croit que d'autres traitements peuvent donner des résultats équivalents. M. Lecavalier cite la statistique d'un auteur américain qui pré-préconise l'eau chloroformée à 7 ou 9 p. 100.

— M. DUBÉ. Je crois que le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, a fait ses preuves, et la statistique de mon ami LeSage vient s'ajouter à bien d'autres aussi concluantes les unes que les autres. Je veux bien croire, comme le dit M. le docteurLecavalier, qu'il existe d'autres traitements de cette maladie, et, qu'en particulier, le traitement préconisé par l'auteur qu'il cite soit excellent, mais je voudrais une statistique plus considérable et surtout plusieurs statistiques fournies par des auteurs différents au cours d'épidémies différentes. Cette dernière garantie nous est fournie par ceux qui préconisent les

bains froids. Quel que soit l'auteur qui l'emploie, dans n'importe quel pays, et au cours de toutes les épidémies, les résultats sont toujours supérieurs aux statistiques fournies par les autres modes de traitement.

— M. LESAGE. J'apprécie les remarques qui ont été faites. En réponse à M. Lecavalier, je soutiens qu'il faut faire, ici, une différence entre le traitement par le bain froid et par l'antisepsie intestinale.

Ce que nous désirons obtenir par le bain, c'est le double effet d'abaisser la température et de stimuler le système nerveux. Sur ces deux points, je pense qu'il n'y a aucun médicament qui puisse supporter la comparaison avec le bain froid. Tous les auteurs sont unanimes à l'affirmer, et l'observation de chaque jour nous le prouve à l'évidence. Les Sœurs Hospitalières, l'ont elles-mêmes remarqué, et elles ont parfaitement saisi la différence dans l'aspect général des malades. Une d'elles me disait qu'elle était surprise de voir que, cette année, ils n'avaient pas eu besoin de la *camisole de force*. Pas de délire, très peu d'amaigrissement, et convalescence prompte. Sans doute, je fais aussi la part de l'alimentation qui a été aussi nutritive que possible.

Mais, je ne sache pas que le calomel puisse réaliser les bienfaits de la méthode par le bain froid. L'antisepsie intestinale est un adjuvant précieux, mais ne constitue pas une panacée sur laquelle on puisse compter en toute sécurité. Le bain froid, la suralimentation, voilà le traitement le plus rationnel de la fièvre typhoïde. Nous l'avons expérimenté à l'Hôpital Notre-Dame, et les résultats obtenus nous dispensent de chercher ailleurs un mode de traitement qui puisse lui être comparé...

— *La septicémie puerpérale*, par le docteur R. DE COTRET, (*suite*).

Séance du 13 février 1901.

Présidence de M. HERVIEUX.

Procès-verbal.

La rédaction du procès-verbal est mise aux voix et adoptée.

Communication.

—*Le chancre mou, diagnostic et traitement*, par le docteur H. LASNIER.

—*Discussion:* M. MERCIER, dit que l'induration n'est pas le signe pathognomonique qui puisse nous faire exclure le chancre mou. Bien souvent, ces malades ont suivi des traitements antérieurs, cautérisation au fer rouge, au chlorure de zinc ou au nitrate d'argent, qui provoquent la formation d'un tissu cicatriciel donnant la sensation d'induration propre à la syphilis.

—M. LECAVALIER, parle dans le même sens, il rapporte le cas d'un professeur éminent qui, se basant exclusivement sur le caractère de l'induration, fit une erreur de diagnostic.

Les conséquences de semblables méprises ne peuvent être que fort préjudiciables aux médecins comme aux malades.

—*Le rein flottant*, par le docteur T. PARIZEAU. L'auteur fait une revue générale des signes cliniques avec malaises et troubles consécutifs aux déplacements du rein. Il donne le résultat de son expérience au point de vue opératoire. La fixation remédie à tous ces troubles dont la plupart semblent relever du tube digestif.

Il conseille de ne jamais opérer chez les hystériques. Une de ses malades lui a causé beaucoup d'ennui.

—*Discussion:* M. DEMERS. La communication de M. le docteur Parizeau m'a vivement intéressé, car on sait qu'au point de vue clinique, la question du rein mobile est importante, parce que, si l'on en croit les ouvrages classiques, d'après les uns, un cinquième des femmes ont un *rein mobile;* d'après les autres, quarante pour cent.

Pour ma part, j'examine d'une manière systématique toute patiente qui vient me consulter, afin de m'assurer si les symptômes nerveux, qu'un grand nombre présentent, ne trouvent pas leur source de ce côté.

Il y a trois ans, j'étais appelé auprès d'une jeune fille qui était en proie à une attaque sérieuse d'asthme. Ce qui me frappa, à mon arrivée auprès d'elle, ce fut le tirage, prédominance du *type diaphragmatique*, tandis que, comme on le sait, le type costal s'observe surtout chez ceux qui ont une lésion matérielle du poumon ou du cœur. Frappé de ce fait sur lequel mon maître, Lanceraux, avait souvent appelé notre attention à l'Hôtel-Dieu, de Paris, je demandai si la malade avait vomi et si on avait conservé les matières rendues. Sur une réponse affirmative, je me fis montrer ces matières; elles étaient vertes. J'étais en présence d'une intoxication urémique agissant sur le poumon et l'estomac. Après avoir arrêté, par une piqûre de morphine et d'atropine, cette manifestation cérébro-spinale de l'urémie, je fis prendre la quantité des urines.

Depuis quelques années, cette malade avait des manifestations de brightisme: pollakyurie nocturne, céphalgie en casque de pompier, bourdonnements d'oreilles, mouches volantes, crampes dans les mollets, doigts morts, cryesthésie, choc électrique, etc. Il y avait insuffisance urinaire, présence d'albumine, (dont je m'inquiétais peu, puisque ce n'est pas ce qui passe dans les urines qui est dangereux, mais ce qui n'y passe passe), diminution de l'urée, par conséquent des substances excrémentitielles non éliminées par les reins.

Malgré les diurétiques: pilules de Lanceraux, diète lactée, caféine à la dose de 2 grammes précédée de bromure de potassium, comme la malade présentait peu d'amélioration, je fis un examen par la palpation lombaire et abdominale: la main gauche soutenant la région lombaire et la droite déprimant la paroi abdominale, je pus reconnaître une tumeur, ayant presque le volume du poing, qui, pendant les inspirations profondes, descendait du côté de la fosse iliaque droite et, à l'expiration fuyait, comme un poisson, entre les deux mains, pour aller se placer dans la gouttière costo-vertébrale. Je vous dirai que la fixation de ce rein flottant, par le clinicien chirurgical de l'hôpital Notre-Dame, monsieur le docteur Mercier, mit fin à tous ces symptômes. Ce rein était tellement vagabond que lorsque la malade a consenti, (après deux ans d'hésitations) à se soumettre à une intervention chirurgicale, il a fallu varier les po-

sitions d'examen, le rein allant se cacher derrière des anses intestinales.

L'ectopie rénale peut être congénitale ou mécanique. Dans l'ectopie mécanique, la capsule surrénale reste en rapport avec le rein déplacé; dans l'ectopie congénitale jamais la capsule n'accompagne le rein dans ses migrations.

Le rein est logé dans sa capsule fibro-adipeuse, qui paraît en être le seul ou principal moyen de fixité; cette capsule est composée de deux feuillets qui passent, l'un en avant, l'autre en arrière du rein pour se confondre en haut et le coiffer, le séparant de la capsule. Appliqués l'un à l'autre et ces feuillets se juxtaposant, ils se dirigent vers le détroit supérieur du bassin. Empêché par le foie et le diaphragme, le rein ne peut remonter. Mais au bas, la voie, d'après Lanceraux, est ouverte et le rein décollant les deux feuillets de la capsule, entraîne par son poids propre, et à l'occasion d'une chute, d'efforts musculaires, chez les forts de la Halle, il peut descendre jusqu'au détroit supérieur. Mais ceci explique ni la lésion fréquente chez la femme (serait-ce les grossesses répétées, amenant le relâchement de la paroi abdominale), ni la grande fréquence à droite. Si c'est le corset, cet objet de toilette, comprimant également les deux côtés du thorax, devrait aussi bien luxer un rein que l'autre. Il semblerait aussi que le corset en basculant le foie, faisant descendre le bord tranchant et amenant la face convexe et supérieure en avant, devrait comprimer par sa face concave et postérieure le rein et l'aplatir dans sa loge.

On ne doit pas perdre de vue que le rein mobile chez la femme se rencontre dans sa période d'activité génitale, de 18 à 43 ans, les crises se montrant de préférence aux époques menstruelles. Peut-on invoquer ici le voisinage des plexus ovariens et rénaux?

Un autre fait digne d'attention est que les personnes affectées, au moins un grand nombre, ont présenté des symptômes d'herpétisme: épistaxis, migraine, herpès des lèvres, eczéma, cors aux pieds, hémorroïdes, urticaire, pointe de hernie, blépharite ciliaire, eczéma, purpura, varices, etc...

Avant de reprendre mon siège, laissez-moi vous parler d'une

jeune femme primipare, enceinte de quatre mois, qui était venue me consulter pour un malaise dans la région lombaire gauche. En examinant cette personne, je constatai un rein luxé. Justement à ce moment, j'entendis parler notre regretté docteur A. T. Brosseau, qui venait d'entrer chez moi. Avec l'autorisation de ma patiente, j'invitai mon ancien professeur à venir corroborer mon diagnostic. Il partagea mon opinion sur le cas, et, aussi la grande chance que l'état physiologique, s'il se rendait à terme, aurait de réduire le rein. Depuis son premier accouchement cette femme n'a accusé aucun trouble du côté de son rein.

— MM. MERCIER, DUBÉ et LASNIER, prennent aussi part à la discussion et concourent dans les remarques de M. Parizeau.

— M. LASNIER se prononce en faveur de la fixation du rein par l'opération en deux temps, préconisée par Guyon.

— M. HERVIEUX attribue à une cause anatomique la ptose fréquente du rein droit. Il attire l'attention des membres sur le fait que les crises gastriques ont presque toujours coïncidé avec les époques menstruelles. Il cite une observation personnelle. L'opération a fait disparaître tout malaise ou trouble antérieur.

DE RETOUR DE PARIS.

Nous avons eu le plaisir de recevoir la visite de M. le docteur Alphonse Mercier, de retour de Paris, après une absence de cinq années.

L'UNION MÉDICALE adresse ses meilleurs souhaits au nouveau confrère dont la collaboration lui est assurée au bénéfice de ses lecteurs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE PROJET D'HOPITAL POUR LES MALADIES CONTAGIEUSES A MONTREAL

HOPITAL CIVIQUE

Depuis que les idées pasteuriennes ont établi d'une manière irréfutable la contagiosité de certaines maladies appelées épidémiques, l'hygiène à créé de toutes pièces les chapitres nouveaux de la prophylaxie. Elle a démontré que l'isolement des malades et la désinfection de tout objet et lieu contaminés sont indispensables, si l'on veut arrêter la marche périodique de ces épidémies qui ont fait tant de mal au double point de vue de la santé publique et du commerce en général.

Bientôt, les gouvernements comprirent la nécessité de légiférer sur ce point important. Les municipalités durent se plier aux exigences de leurs législateurs, et on vit, du moins dans les grands centres, s'élever des hôpitaux civiques, destinés à recevoir exclusivement les gens atteints de maladies contagieuses (variole, diphtérie, typhus, scarlatine, rougeole, érysipèle, etc...).

I. —Historique.

Montréal érigea en 1886-87, une bâtisse assez misérable dans but de satisfaire aux besoins les plus urgents. Mais, peu à peu, la population augmentant et le temps poursuivant son œuvre de démolition constante, notre hôpital civique ne put pas suffire aux demandes du conseil d'hygiène. Les salles étaient trop petites; on entassait les diphtériques à côtés des scarlatineux; les uns infectaient les autres, bref le confort était le plus loin possible de l'idéalisme.

Le comité d'hygiène de cette ville comprit, assez tard, la né-

cessité d'intervenir, soit en faisant des améliorations nouvelles à l'hôpital existant déjà, soit en érigeant un nouvel hôpital avec toutes les améliorations modernes. Le président du comité, M. l'échevin Ames, convoqua quelques membres importants des quatre hôpitaux et des deux universités, et il fut admis de part et d'autre que les constructions actuelles ne permettaient pas de réaliser les conditions nécessaires en face des besoins journaliers.

II. — Premier projet.

On décida donc, d'un commun accord, qu'un hôpital civique serait construit au coût de $100,000, seule somme que la ville mettait à la disposition du comité d'hygiène, par un emprunt spécial. Après des réunions nombreuses, composées de médecins, d'échevins et de financiers bien connus, M. Ames rédigea un *plan d'hôpital unique*, dont l'administration financière serait sous le contrôle d'un comité de neuf membres: cinq étaient nommés par le conseil de ville, et quatre par les hôpitaux de cette ville, un pour chacun d'eux, à savoir: l'Hôpital Notre-Dame, l'Hôtel-Dieu, le Royal Victoria et l'Hôpital Général. La direction médicale était confiée à un comité de cinq membres, dont quatre médecins, un nommé par chacun des grands hôpitaux de Montréal, et le président du comité d'hygiène de droit. Le personnel interne se composait de médecins internes nommés par le conseil de ville sur la *recommandation exclusive* du bureau médical, et de garde-malades sous la direction immédiate d'une *nurse* en chef.

Le projet ainsi élaboré fut soumis aux deux sociétés médicales, française et anglaise, de cette ville, qui l'approuvèrent *en principe*, en nommant toutefois des délégués chargés de surveiller la rédaction de certains règlements d'ordre spécial.

Tel fut le premier projet d'hôpital civique unique soumis à l'approbation des autorités compétentes.

Bientôt surgirent des objections sérieuses qui exigèrent *certaines entrevues particulières dont le public connut la teneur peut-être un peu tardivement.*

On se demanda si les deux éléments, français et anglais,

pourraient fraterniser sous un même toit. On étudia de plus près les susceptibilités particulières aux deux races si distinctes dans leurs aspirations et dans leurs goûts. On appréhenda des conflits possibles, des frictions malheureuses, du favoritisme peut-être à l'égard de l'une ou de l'autre, bref, on affirmait presque ouvertement que le projet était irréalisable et que la ville devait se pourvoir de *deux hôpitaux civiques.*

Mais le conseil municipal répondit que la ville ne dépenserait pas un centin de plus. Un deuxième hôpital demanderait une somme égale à la première, soit un total de $200,000, et le comité des finances ne permettait pas d'espérer en de telles largesses, attendu qu'il fallait faire un emprunt spécial. Les plans en étaient à ce point difficile lorsque Monseigneur l'Archevêque de Montréal jugea nécessaire de formuler les objections suivantes:

1° Un hôpital neutre ne rendait pas justice à la majorité catholique dont les croyances devaient être respectées.

Dans les affres de la mort, la mère ou le père catholiques aiment à voir la Sœur de charité auprès du lit du malade; ils y sont habitués; et, ce que la foi et la tradition ont consacré, les autorités ont le devoir de le respecter.

Au reste, nous n'avons pas à intervenir sur ce point délicat; d'autres plus autorisés que nous y ont consacré les développements nécessaires et nous les approuvons sans réserve;

2° Les Sœurs Hospitalières ne pouvaient pas accepter la direction d'une *nurse* en chef; c'était les mettre dans une position délicate et, de fait, inacceptable.

III. — Deuxième projet

La seule solution possible était de bâtir deux hôpitaux séparés.

Mais, comme la ville ne pouvait pas dépasser le chiffre primitif de $100,000, M. Ames suggéra, après entente avec les parties intéressées en la matière, que chacune d'elles versât une somme de de $50,000, qui devait être ajoutée aux $100,000 versées par la ville. Toutes les difficultés se trouvaient ainsi tranchées à la satisfaction générale. La ville s'engageait à payer une

subvention de $8,500, susceptible d'augmentation, à chacun des deux hôpitaux ainsi construits pour le soutien de leurs malades. Monseigneur l'Archevêque de Montréal promit de trouver immédiatement cette somme.

En effet, les Sœurs Grises assumèrent la responsabilité de l'entreprise, moyennant les conditions énumérées plus haut.

D'autre part, les autorités des hôpitaux protestants firent des propositions équivalentes, et la question semblait définitivement réglée, *sans toutefois qu'un avis officiel en eut été donné au public médical qui s'était intéressé vivement à la question*, lorsqu'on appela une assemblée de la Société Médicale de Montréal.

Les uns se prononcèrent en faveur d'un seul hôpital, les autres en faveur de deux hôpitaux séparés; enfin quelques-uns exprimèrent une opinion intermédiaire, toujours dans le but de trouver la meilleure solution possible d'une question aussi épineuse. Mais c'étaient plutôt des suggestions et non pas des critiques acerbes, comme certains correspondants très mal renseignés se sont plu à le croire et à l'écrire. Car, pour répondre brièvement aux attaques qui ont été dirigées contre la profession médicale à propos de cette question, nous dirons à tous les journaux quotidiens qu'ils étaient complètement dans l'erreur en affirmant que les médecins voulaient démolir le plan arrêté dans des entrevues que nous avons ignorées trop longtemps. Il fallait d'abord faire connaître officiellement les nouvelles propositions que l'on avait formulées en chambre, tracer une ligne de conduite à suivre et demander un appui que nous nous sommes empressés de donner à l'occasion comme la suite le prouvera. Au reste, la liberté de penser et de dire, *bona fide*, appartient à tout homme responsable, et les divergences d'opinion, si grandes soient-elles, ont souvent permis aux plus sages ou aux plus avisés de trouver quelque part un chemin de Damas. A qui en donner le mérite?

En un mot, si la jeunesse et l'inexpérience pèchent quelquefois par spontanéité ou excès de zèle, on aime à croire que la vieillesse et l'âge mûr s'inspirent constamment des grands principes de tolérance et d'équité dont ils se réclament si souvent et qui assurent l'équilibre partout.

Nous affirmons donc que, dans toute œuvre nationale, il faut compter avec les différents corps importants qui dirigent l'opinion publique et qui la protègent contre elle-même.

Tel est l'historique de la question exposé aussi succintement que possible.

IV. — Projet arrêté et soumis.

Quant au plan actuel, voici les conclusions du rapport qu'un comité spécial a présentées à la dernière séance — 5 mars — de la Société Médicale de Montréal:

" 1° La Société Médicale de Montréal, n'ayant à considérer "que le côté médical de la question de l'Hôpital civique, ex- "prime l'opinion qu'elle verrait avec satisfaction le plan sug- "géré par Sa Grandeur Monseigneur Bruchési accepté par le "Conseil de Ville.

" 2° Elle sugère que la direction médicale respective des "deux sections de l'hôpital ou des deux hôpitaux séparés soit "laissée à un conseil composé exclusivement de médecins.

" 3° Il serait désirable que cet hôpital en deux sections ou "que ces deux hôpitaux séparés fussent placés dans un endroit "plus rapproché du centre de la ville; ce qui rendrait les com- "munications plus rapides et donnerait aux deux facultés mé- "dicales la facilité de créer des cliniques de maladies conta- "gieuses dont les étudiants profiteraient."

Adopté à l'unanimité.

Telle est l'opinion de la profession médicale à Montréal ou "de la docte faculté" si l'on veut.

Nous croyons, cependant, qu'il est nécessaire de développer ces conclusions brèves.

Il est inutile, suivant nous, de prouver, jusqu'à l'évidence, la nécessité, en principe, d'un hôpital pour les maladies contagieuses à Montréal.

Celui que nous avons est indigne de notre ville, de notre temps et de tous ceux que nous avons vus dans les villes étrangères. Le danger des épidémies est sans cesse menaçant, et le public, naturellement préjugé, ne veut pas accepter les mâsures que nous lui avons réservées jusqu'ici.

Il est un point que nous signalons, en passant, dans celui que

nous possédons actuellemet, c'est la direction médicale qui est aussi parfaite que possible avec les moyens infimes dont on dispose. Nous affirmons sans crainte que M. le docteur Joseph Edouard Laberge a droit à toutes les félicitations pour la manière équitable avec laquelle il a administré ce département. C'est un hommage légitime au mérite reconnu.

Donc il faut bâtir.

Mais, pour des raisons de haute sociologie morale et intellectuelle déjà connues, nous croyons qu'il vaut mieux demander l'érection de deux hôpitaux séparés.

V. — Direction médicale.

Nous arrivons au dernier point, et c'est pour nous le plus important, à savoir la *direction médicale.*

Quelles garanties doivent donner au public en général les deux hôpitaux séparés que l'on doit bâtir?

La première: Que les croyances religieuses soient respectées pour chacune des deux races, catholique et protestante. Ce résultat est assuré par la présence des Sœurs Hospitalières dans l'hôpital catholique d'une part, et par la présence de *nurses* d'autre part.

La seconde: Que les lois de la prophylaxie soient scrupuleusement observées dans la régie interne des deux hôpitaux; c'est la condition sans laquelle tout isolement est nul, et toute protection impossible.

Nous savons que les protestants ont des écoles spéciales où des jeunes filles sont formées aux soins des malades. Leur compétence est bonne et les médecins admettent volontiers qu'elles donnent des soins attentifs et intelligents pourvu qu'elles soient soumises à une *direction compétente.*

Quant aux Sœurs Hospitalières, nous voulons parler des *Sœurs Grises*, nous savons également qu'elles sont tout à fait qualifiées pour prendre soin des malades.

En effet, depuis quelques années, le Conseil général de l'Ordre, comprenant les responsabilités qui incombent aux garde-malades et désirant suivre les progrès de la médecine moderne, a imposé à ses membres le devoir de suivre des cours spéciaux,

donnés par des médecins et dans les hôpitaux où elles sont attachées. Elles ont des notions complètes sur l'asepsie et l'antisepsie, elles connaissent les dangers de la contagion, les moyens de l'empêcher, etc. Elles sont tenues de passer des examens et elles reçoivent un diplôme qui leur assure la confiance du public.

Je conclus donc qu'elles peuvent donner des soins intelligents, et que leur concours est efficace au double point de vue des connaissances acquises et du dévouement assuré.

Mais, doivent-elles assumer la responsabilité énorme de la direction médicale?

Nous croyons sincèrement qu'elles ne doivent pas assumer telle responsabilité.

En effet, quels sont ceux qui ont inauguré le système de l'isolement et de la désinfection dans les maladies contagieuses? les médecins.

Quels sont ceux qui ont charge de faire exécuter les lois spéciales formulées par les gouvernements? les médecins.

Quels sont ceux qui sont responsables devant le public des retards apportés au cours des épidémies de toutes sortes? les médecins. Et c'est juste, puisque ce sont eux qui ont signalé le danger et qui ont fourni les moyens de le prévenir.

Quels sont ceux, en un mot, qui, par leurs études et par l'expérience de leur profession sont le plus en état de suivre les progrès de la science et de connaître les meilleurs moyens de les appliquer au soulagement des malades et à la protection de la société? Evidemment les médecins. Or, si les médecins sont les innovateurs des méthodes de prophylaxie, s'ils sont responsables devant le public et auprès des gouvernements, il est logique *qu'ils assument toute direction* nouvelle dans les entreprises de ce genre.

En effet, il faut bien savoir que nous devons compter avec l'opinion publique dans ce cas-ci. Nous savons qu'elle est prompte à l'accusation, sévère dans ses jugements et souvent injuste dans ses conclusions, et il ne faut pas avoir acquis de nombreux titres à l'expérience de l'âge pour en subir les tristes résultats!... Or, supposons, dans des circonstances que nous ne pouvons prévoir, qu'on lance une accusation malveillante,

qu'on fasse des comparaisons, toujours odieuses, qui peut prévoir les conséquences fâcheuses qui en découleront?

Il importe que les Sœurs Hospitalières se protègent contre les mauvaises surprises du lendemain, et elles ne le peuvent qu'en rejetant toute la responsabilité de la direction médicale sur un bureau médical, choisi spécialement à cette fin et parmi les hommes les plus compétents en la matière. Nous croyons du reste qu'elles verront d'elles-mêmes la nécessité d'une semblable mesure et qu'elles y pourvoieront avec l'esprit de clairvoyance qui préside à toutes leurs œuvres de charité.

VI. — Enseignement aux étudiants en médecine.

Enfin, avant de terminer, nous toucherons un dernier point d'une importance capitale.

Deux hôpitaux séparés permettront aux étudiants de suivre des cliniques sur les maladies contagieuses, d'étudier sur place les symptômes propres à chacune d'elles, d'apprendre à en faire le diagnostic précoce et ainsi mettre en œuvre les moyens de traitement et de prophylaxie utiles ou indispensables à l'occasion. A ceux qui nous objecteront le danger de propagation au dehors, nous répondrons que, si toutes les précautions sont prises, ce danger n'existe pas. En effet, à Paris, nous avons l'avantage de visiter ces hôpitaux, qui sont au centre de la ville, si nous prenons le soin de nous revêtir de blouses de toile en entrant, et, si nous nous désinfectons soigneusement les mains en sortant, rien ne nous empêche de passer immédiatement dans un autre hôpital, le même jour. Chose étonnante pour un grand nombre, l'on n'a jamais eu lieu de réclamer contre une semblable licence. C'est dire que nous pouvons faire ici ce que l'on fait là-bas en prenant les soins voulus. Les élèves pourront alors acquérir des notions précises sur ce point de pathologie complètement ignoré de tous. C'est une lacune malheureuse et les autorités doivent s'efforcer de la combler puisque l'occasion s'en présente aujourd'hui!

VII. — Conclusions.

Nous nous résumons donc en quelques mots:

1° Deux hôpitaux civiques entièrement séparés;

2° Administration et soins des malades confiés, d'une part, aux Sœurs Hospitalières pour l'hôpital catholique, d'autre part, aux *nurses* pour l'hôpital protestant;

3° Direction médicale confiée à un conseil de médecins spécialement désignés à cette fin et nommés par autorités civiles.

Ce sont là, croyons-nous, les bases sur lesquelles devront reposer les deux monuments que l'on veut élever à la santé publique. Ce sera, de plus, s'inspirer de la belle maxime qui préside aux destinées de notre grande ville de Montréal:

Concordia salus.

J.-A. LeSage.

ANALYSES

MEDECINE

La typhose syphilitique, par G. CARRIÈRE, de Lille, dans la *Gazette des Hôpitaux*, 19 janvier 1901.

L'auteur passe en revue les symptômes d'une affection peu connue des médecins en général et qui peut être confondue avec la fièvre typhoïde. Nous verrons qu'il est important d'en faire le diagnostic différentiel au point de vue curatif.

Le professeur Fournier a décrit cette affection spéciale et attiré l'attention sur l'aspect typhoïde qu'elle peut revêtir: "symptômes fébriles, plus ou moins accusés (pouls oscillant entre 110 et 120, température de 38° à 39,) malaise fortement accentué, surtout dans le sens de l'adynamie, brisement, accablement des forces, langue saburrale, soif, anorexie; état asthénique de toutes les fonctions, pouls mou, dépressible; céphalalgie continue, vertiges, bourdonnements d'oreilles, parésie des sens, hébétude intellectuelle, engourdissement, torpeur. somnolence... La première impression qu'on éprouve, en face d'un malade qui se présente sous cet aspect, conduit presque forcément au soupçon d'une dothiénentérie."

L'auteur dit qu'elle est rare, 25 observations démonstratives dans toute la littérature médicale. Plus commune chez la femme; elle apparaît du quarantième au soixantième jour après l'apparition du chancre, plus souvent avant l'éruption.

Le début de l'affection est insidieux comme dans la typhoïde, l'état classique est caractérisé par les symptômes suivants: *frissons, épistaxis*, température à *oscillations ascendantes*, bouche pâteuse, langue suburrale, ventre météorisé, *rate tuméfiée*. gargouillement, pouls dicrote. insomnie; en un mot un état typhoïde complet à s'y tromper. Il y a même de la diarrhée dans certains cas contenant du colibacille en abondance et à l'état de pureté. Jamais d'hémorragie ni perforation, pas de congestion pulmonaire, exceptionnellement des perturbations fonctionnelles du coeur. A l'examen du sang, il y a hypoglobulie, diminution de la teneur en hémoglobine (35 p. 100), il y a hyperleucocytose (12 à 15000).

Les ganglions sont augmentés de volume, cou, aisselle, épitrochlée.

L'état général exprime la stupeur. Les urines sont toxiques, la peau est chaude, il y a des *sueurs abondantes*. Il y a même des taches rosées, (dos, abdomen,, membres,) qui se distinguent de la roséole en ce qu'elles sont plus petites et ne présentent pas à leur pourtour ce léger liséré desquamatif qui constitue la collerette de Biett, pathognomonique de la roséole. L'évolution se fait vite avec le traitement spécifique, et le pronostic est généralement favorable. Cependant, il faut compter dans la suite avec une débilité générale pour de longs mois.

Au point de vue anatomo-pathologique, on a trouvé, dans deux autopsies, une ulcération du colon transverse dans l'une, et dans l'autre une hypertrophie du ganglion situé à l'angle d'abouchement iléo-cocal.

Le *diagnostic* repose sur les aveux du malade. Une dénégation nous force à établir des points de repaire avec plusieurs affections, entre autres la tuberculose et la fièvre typhoïde.

La *tuberculose* a une histoire héréditaire ou personnelle. On relève des signes de cette affection dans quelques points de l'organisme, la courbe de la température est moins régulière, pas de taches rosées, pas de dicrotisme du pouls, ventre aplati, etc...

En faveur de la *fièvre typhoïde,* nous avons la présence du bacille d'Eberth dans les selles et dans le suc retiré par ponction de la rate et le séro-diagnostic qui est toujours positif à un moment donné.

En faveur de la *typhose syphilitique,* nous avons l'intensité de la céphalée, l'état humide de la langue, la sudation extrêmement abondante, l'abondance et la généralisation des éléments éruptifs, l'absence d'Eberth dans les selles, l'hyperleucocytose et l'absence complète du séro-diagnostic. De plus nous avons toute la symptomatologie connue de la syphilis (adénopathies, inguinale "préfet de l'aine") périostoses, etc...

Mais un syphilitique peut faire une attaque de fièvre typhoïde, dans ce cas, l'absence de séro-diagnostic positif, l'absence de bacille d'Eberth dans les selles ou la rate, et l'influence du traitement spécifique permettront d'arriver exactement au diagnostic. Si le mercure agit, c'est que les accidents observés sont bien de nature syphilitique.

1° En résumé, dit l'auteur, "la typhose syphilitique n'est pas une association de syphilis et de fièvre typhoïde; c'est une entité clinique dans laquelle la syphilis produit un ensemble de phénomènes généraux qui lui donnent le masque de la dothiénentérie".

2° De plus la typhose syphilitique n'est pas le fait d'une infection secondaire, ni celui d'un réveil hypervirulent des microbes intestinaux;

3° "La typhose syphilitique semble due à la localisation du virus syphilitique sur un terrain affaibli ou mal défendu, (surmenage physique et intellectuel.)"

4° Le traitement spécifique est de choix, il faut donner la préférence aux frictions mercurielles. Il est prudent de mettre les malades à la diète liquide.

J. A. LeSage.

CHIRURGIE

Traitement de l'appendicite (1), par M. Poirier, chirurgien des hôpitaux, Professeur agrégé.

Il ne semble pas exagéré de dire qu'un mouvement de réaction contre l'intervention chirurgicale, dans le traitement de l'appendicite, s'est accentué, au cours de la dernière année, dans un certain nombre d'esprits, et des meilleurs parmi les médecins. Il est peut-être opportun d'en peser les raisons et d'en examiner les résultats.

La cause est importante à juger, car *on meurt beaucoup d'appendicite.* On peut dire *qu'on en meurt beaucoup trop,* entendant par là que la majorité des

(1) Communication faite à la Société de Chirurgie de Paris, séance du 23 janvier 1901.

cas mortels auraient sans doute guéri s'ils avaient été traités à temps et comme il convient *par une opération bien et largement conduite.*

L'auteur résume l'évolution de cette importante question, depuis l'année 1898. Se basant d'une part sur l'impossibilité, quasi absolue, dans laquelle nous sommes presque toujours de distinguer, dès le début, entre les formes légères? ou graves, lentes ou foudroyantes, de l'affection, et d'autre part sur la bénignité relative d'une *opération bien conduite*, opposée aux dangers certains de l'expectative, il rappelle qu'il avait conclu: *Sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée et le plus rapidement possible.*

Cet absolutisme opératoire fut d'abord, il faut bien le reconnaître, accueilli sans enthousiasme.

Mais la longue discussion qui suivit, fut un bel exemple de ce phénomène, très naturel dans une assemblée scientifique, qu'un grand nombre des membres de la Société de Chirurgie, abstentionnistes, résolus au début, modifièrent peu à peu leurs opinions, accentuant progressivement leurs tendances à l'intervention. Il parut que, de cette discussion, la lumière avait jailli et l'on put, dans la séance du 26 avril 1899, résumer *sans protestations*, le long débat en quelques propositions, dont les deux premières étaient formulées comme suit:

La Société de Chirurgie, à une très grosse majorité reconnaît:

1° Qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite;

2° Que l'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, d'urgence, comme une hernie étranglée, dès que le diagnostic est établi.

Or, il faut reconnaître aujourd'hui que ces conclusions ne sont pas toujours acceptées par nombre de membres du corps médical. Plusieurs d'entre eux, ne dissimulent pas leur peu de tendance à confier au chirurgien les cas d'appendicite aiguë, en présence des résultats donnés par l'opération, et leur retour à la confiance dans le traitement médical.

Il est évident que les malades, traités médicalement, ne meurent pas tous, mais il faut avouer que si tous les malades étaient opérés de bonne heure, nous n'en perdrions pas un seul.

A l'appui et comme contribution personnelle au débat, j'apporte, dit-il, soixante-quatre observations nouvelles de ma pratique dans ces deux dernières années. Ces observations tirent leur intérêt de ce fait que j'ai appliqué toujours et dans tous les cas, avec absolutisme et intransigeance, la formule simpliste que j'avais préconisée, dans l'équation suivante: appendicite aiguë = opération.

Je passerai d'abord en revue les cas de ma pratique hospitalière. Dans mon service où j'ai pu faire ce que je voulais et comme je le voulais, on opère, dans les heures qui suivent leur entrée, tous les cas bien reconnus d'appendicite aiguë. J'ajouterai que j'ai mis assez longtemps à apprendre *comment il faut opérer.*

Le procédé auquel nous avons recours actuellement n'a rien de personnel, si ce n'est peut-être que nous l'appliquons *largement.* Nous pénétrons par le bord externe du muscle droit; nous allons à la recherche de l'appendice, *sans aucun souci d'épargner la grande cavité péritonéale;* nous cherchons, aussi laborieusement et aussi loin qu'il le faut, l'appendice; nous le trouvons presque toujours, (62 fois sur 64), et le réséquons *en totalité;* enfin nous terminons en mettant 4 drains, dont deux dans la cavité péritonéale, l'un d'eux descendant jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas, quand le péritonite est généralisée.

Voici les résultats:

En 1899, il a été opéré dans le service 26 appendicites: 9 chez l'homme, 17 chez la femme. Il y a eu 7 cas opérés presque à froid; nous n'avons perdu, bien entendu, aucun des cas opérés à froid. Reste 19 cas dont 11 d'appendicite aiguë, avec abcès péri-appendiculaires et 8 avec péritonite généralisée; les 11 cas d'appendicite aiguë avec un ou plusieurs abcès, sans extension à la totalité du péritoine, ont été 11 succès. Enfin sur les huit cas d'appendicite avec péritonite généralisée, nous avons deux décès, la péritonite généralisée n'ayant point cédé après une intervention.

Au total, pour l'année 1899, sur 19 cas d'appendicite aiguë, dont 8 avec péritonite généralisée, 17 succès; 2 morts.

En 1900, nous avons opéré 20 appendicites, 11 femmes, 9 hommes, dont un seul d'appendicite à froid.

Résultat opératoire: 20 guérisons, les malades ayant quitté l'hôpital, après un séjour plus ou moins long.

Ces résultats, me semble-t-il, peuvent être qualifiés de beaux. Deux insuccès sur 26 cas en 1899. — en 1900, 20 cas, 20 succès.

Ils plaident éloquemment notre cause.

Comme contraste, je placerai en regard, les résultats de la pratique privée en ville:

En 1899, j'ai opéré 7 cas; 11 en 1900, sur lesquels je compte 4 insuccès. C'est moins beau.

Il n'est pas difficile de saisir les raisons de cette différence entre les résultats de la ville et ceux d'un hôpital où l'on opère de parti pris toute appendicite aiguë dans les trois heures qui suivent son entrée. Sur les 4 insuccès essuyés dans ma pratique de ville depuis deux ans, j'affirme qu'il en est deux au moins qui sont le fait des hésitations, tergiversations, consultations, atermoiements, en somme du *temps perdu*.

Dans deux autres, nous avons eu affaire à des cas où l'affection, ayant évolué sourdement, s'était manifestée d'emblée par des symptômes de péritonite généralisée; dans ces cas, le diagnostic resta hésitant d'abord. En cas de péritonite aiguë, il ne faut point s'attarder à la recherche du diagnostic; le devoir absolu est de faire ouvrir et largement.

Je terminerai par une remarque; bien que dans la très grande majorité des cas, j'ai ouvert et largement, la grande cavité péritonéale, soit au cours des manœuvres, soit de parti pris, lorsqu'elle me paraissait infectée, je n'ai jamais observé de généralisation de l'inflammation à la séreuse. Au contraire, j'ai toujours vu, à trois exceptions près, les symptômes de réaction péritonéale céder, lorsque le péritoine avait été largement ouvert. Cette séreuse ne diffère par des autres. Je crois que les infections péritonéales sont à redouter quand la séreuse est fermée. Conclusion, j'ouvre largement le péritoine.

A. MARIEN.

OPHTALMOLOGIE

Dermatite ou pseudo-érysipèle atropinique.

Le docteur Edward Fridenbury, publie dans *Medical Record*, une observation intéressante de dermatite (pseudo-érysipèle) périoculaire amenée par l'usage de l'atropine.

La patiente, âgée de 11 ans, paraissant jouir d'une bonne santé générale, était atteinte d'Iritis. Peu de temps après l'usage d'une goutte d'une solution atropine à ½ pour cent, l'œil et les tissus environnants devinrent enflés et douloureux. Les paupières de l'œil droit et la joue jusqu'à l'angle de la bouche étaient gonflées, œdémateuses, rouges et douloureuses au toucher, la conjonctive injectée et légèrement dénudée. L'iris s'était assez bien dilaté. L'injection péricornéenne était considérable. Cette inflammation périoculaire si semblable à de l'érysipèle au début a été classée comme forme particulière à une intoxication atropinique. Cinq jours après le début de ces symptômes, on suspendit l'usage de l'atropine et aussitôt le gonflement et la rougeur disparurent sans desquamation, mais l'iris se contracta et devint adhérent à la capsule cristallinienne. L'urgence d'emploi d'un mydriatique et l'occasion de tenter les différents mydiatiques, au point de vue de leur action tonique, engagea le docteur Fridenbury à les instiller comme il suit: Tout d'abord la cocaine fut employée sans effet bien apparent. Deux gouttes d'une solution d'atropine alcaloïde, diluée dans de l'huile de ricin, dilatèrent la pupille au maximum et produisirent en 10 hrs une inflammation érysipélateuse des paupières et de la joue. Cette fois, l'œdème et la sensibilité disparurent au bout de 4 heures. Une goutte d'une solution à 10 p. c., de duboisine ayant été par erreur instillée, amena un empoisonnement général caractérisé par une forte dilatation des 2 pupilles, soif exagérée, rougeur de la face, vertige, engourdissement des extrémités, pouls rapide, délire extrême, loquacité, mais pas de symptôme local. Mais des solutions de duboisine à 10 p. c., et d'hémotropine à 2 p. c., ayant été intillées à plusieurs reprises ne furent suivies d'aucun symptôme local ou général en dehors de la dilatation pupillaire.

R. BOULET.

OBSTÉTRIQUE

Retard de l'accouchement causé par la lèvre antérieure de l'orifice utérin

(*Journal des Sages-femmes*, 1er janvier 1901, Delle PROST).

Parfois lorsque la dilatation est complète, la poche des eaux rompue, la présentation normale, souvent le bassin bien conformé; l'accouchement ne se termine pas, malgré tous les efforts de poussée que fait la femme. Le toucher vaginal, dans ces cas, nous permettra de constater que c'est la lèvre antérieure qui arrête le travail.

L'auteur raconte le fait suivant: appelée auprès d'une parturiente, elle constate par le toucher, que, à chaque contraction utérine, la tête descendait, entraînant avec elle le segment antérieur de l'orifice utérin.

Après avoir attendu quelque temps, mademoiselle Prost pratiqua un nouveau toucher et repoussa en arrière le segment inférieur coiffant toujours la tête au moment d'une contraction utérine. L'accouchement se termina rapidement.

L'auteur attire l'attention des praticiens sur ce fait, et insiste sur le danger de rupture du segment par amincissement progressif, à la suite d'un arrêt trop prolongé. La méthode est simple et une asepsie met à l'abri de tout danger d'infection.

La bandage abdominal dans le travail de l'accouchement (COUTURIER, dans le *Progrès Médical*, Paris, 1901.

L'auteur dit que l'antéflexion de l'utérus est une des causes les plus fréquentes de dystocie. Dans un travail récent, une sage-femme de Caen, Dlle Vallée, indique la "bande de ventre" pour rémédier à cet anomalie. Cependant, dit l'auteur, il faut "commencer l'application et le serrage de la bande de bas en haut, et avoir soin que sa partie supérieure ne vienne pas appuyer sur le fond de l'utérus; le bandage doit tenir l'utérus circulairement et ne pas appuyer de bas en haut."

L'auteur affirme que cette bande peut corriger certaines déviations latérales ou antérieures, et permettre ou faciliter un engagement apparemment impossible. Il faut la maintenir en place jusqu'à ce que la présentation soit à la vulve, "afin, dit Tarnier, que les contractions utérines puissent s'exercer dans l'axe du détroit supérieur et être efficaces."

Il n'y a guère de contre-indication que pour un accouchement gémellaire ou il est dangereux de comprimer trop fortement les deux fœtus qui sont au détroit supérieur. J. A. LESAGE.

PEDIATRIE

De la transmission à travers le placenta du bacille de la tuberculose, par MM. AUCHÉ et CHAMBRELENT (*Arch. de Méd. Exp.*, juillet 1899), analysé dans les *Arch. de Médecine des Enfants*, octobre 1900.

Une femme de quarante ans entre à l'hôpital, le 31 mai 1897, elle a eu trois enfants, le dernier âgé de six ans, bien portants. En mai 1897, douleurs vives dans le membre inférieur gauche, toux, expectoration. Le 10 novembre, état général mauvais, maigreur, sueurs nocturnes, dyspnée, lésions aux sommets, tuberculose pulmonaire certaine. Grossesse de cinq à six mois, mouvements du fœtus, bruits du cœur, etc. Le 8 décembre, accouchement d'un enfant vivant; la mère meurt le 11; l'autopsie, faite le 13, montre des cavernes pulmonaires et différentes autres localisations bacillaires. L'enfant, une fille, pesant 1250 grammes, séparée de sa mère dès sa naissance, est mise dans la couveuse; mort le 4 janvier. Autopsie le 5: ganglions mésentériques d'aspects caséeux, semés de granulations à la surface du foie et à la coupe de cet organe. Rate granulique, poumons granuliques, ganglions bronchiques tuberculeux; examen histologique positif. Tubercules dans le placenta. Inoculations positives aux lapins et aux cobayes. L'inoculation intra-péritonéale de 2 centimètres cubes du cordon, donne la tuberculose à un cobaye. Voilà un cas net de transmission directe. Ayant fait le relevé des observations publiées, les auteurs concluent que le nombre des cas précis de transmission des bacilles tuberculeux de la mère à l'enfant est des plus restreint (vingt seulement). Cette rareté de l'héridité parasitaire de la tuberculose s'explique par ce fait que le bacille tuberculeux ne séjourne pas dans le liquide sanguin, qu'il n'y a pas de septicémie tuberculeuse. Dans tous les cas le placenta a constamment présenté des lésions tuberculeuses, c'est la première étape de l'infection du fœtus.

Traitement du muguet.

Au cours d'un travail très élaboré sur la biologie et pathogénie du muguet. publié dans les Arch. de Méd. des Enfants, oct. 1900, le professeur Luigi Concetti donne les indications suivantes sur le traitement de cette affection. Pour

ce qui est du traitement du muguet, dit-il, jusqu'ici, il a été seulement appliqué sur l'endroit accessible (muqueuse). Le fait que le muguet végète très bien en milieu acide a amené au traitement local par des substances alcalines.

Cependant, le docteur Marantanio, qui a fait une longue étude sur un très grand nombre de médicaments plus ou moins en vogue dans la pratique, a vu qu'ils sont entièrement inefficaces, comme d'ailleurs bien d'autres substances dont on a prôné l'utilité (eau de chaux, borax, benzoate, bicarbonate, sulfite de soude, potasse, chlorate et carbonate de potasse, hydrate et chlorhydrate d'ammonium, sulfate de cuivre et de zinc, chlorure de zinc, acides tannique, borique, résorcine, aseptol, bioxyde d'hydrogène), même en solutions concentrées. De peu d'utilité, ont été le salicylate de soude, l'acide acétique, l'acétate neutre de cuivre. Au contraire, il a vu que les substances suivantes étaient d'énergiques désinfectants contre le muguet; ce sont l'acide salicylique (0.25 à 1 p. 100), le permanganate de potasse (1 p. 100), le nitrate d'argent (1 p. 100). l'euphorine (euphorine. 1; alcool: 50; eau: 50), le sublimé corrosif (1: 1250,) l'acide phénique (5 p. 100), le lysol (1 p. 100). Il y a longtemps qu'en pratique j'ai abandonné la plupart des substances que l'expérience a démontrées inefficaces, quoiques prônées par des collègues très estimables. Je me suis très bien trouvé des applications de nitrate d'argent cristallisé en solution de 1/20 à 1/30 (selon Marantonio, il suffirait d'une solution au 100e). On trempe un pinceau dans cette solution (à laquelle on peut ajouter 20 p. 100 de glycérine), et on le fait sucer par l'enfant; ainsi la solution se répand d'elle-même dans la bouche, et après deux ou trois applications faites une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, la muqueuse buccale est presque complètement détergée. Il faut cependant continuer encore quelques jours ces applications, une fois dans les vingt-quatre heures, pour empêcher le retour des plaques caractéristiques.

J. E. DUBÉ.

THÉRAPEUTIQUE

L'extrait de capsules surrénales dans les maladies du cœur, par FOERSHEIM. dans *New York Medical Journal*, 16 octobre 1900.

L'auteur a étudié l'action de la capsule surrénale sur le cœur pathologique surtout. Dans un premier rapport il signale certains avantages qu'il est utile de connaître.

D'une manière générale, la capsule surrénale tend à régulariser le cœur; elle n'augmente pas sa vitesse mais elle le tonifie. Sans effet sur un cœur régulier, elle l'aide d'une façon évidente, au contraire, lorsqu'il a une tendance à se dilater. L'effet ultérieur semble résider dans le fait qu'un cœur soumis à cette médication reste plus fort dans la suite. Cependant, l'auteur a observé des cas où le cœur est revenu à son état antérieur après que toute action médicamenteuse a cessé.

L'intermittence est plus ou moins influencée, l'effet est variable. A ce propos l'auteur attire l'attention sur le fait que la constipation amenant l'autointoxication produit souvent une intermittence sur laquelle l'extrait surrénal n'a aucun effet. Il suffit alors d'agir sur l'intestin.

Dans une communication récente le docteur Bates résume comme suit les résultats de cette médication nouvelle.

1° L'ingestion d'extrait de capsule surrénale n'a aucun effet sur le cœur normal, ou sur un pouls normal dans les maladies organiques du cœur;

2° Il n'a aucun effet sur la pression artérielle normale;

3° Un pouls intermittent devient régulier;

4° Un pouls faible devient plus fort; lorsqu'il est rapide et faible il devient moins vite et plus fort;

5° Lorsqu'il y a anémie ou hyperémie des vaisseaux de la face, une dose d'extrait de capsules surrénales rétablit toute chose à l'état normal en augmentant la force des contractions cardiaques et en rétablissent l'équilibre dans la circulation générale;

6° L'action de la capsule surrénale est passagère;

7° C'est un des meilleurs stimulants connus du cœur.

L'auteur ajoute qu'une dose de cinq grains mâchés produit un effet au bout de dix secondes, le temps le plus long a été dix minutes.

On rapporte plusieurs observations dans lesquelles l'effet a été indéniable.

Toutes les affections organiques du cœur semblent bénéficier de cette médication, excepté, dans certains cas, l'insuffisance aortique.

L'auteur rapporte plusieurs observations personnelles où l'effet d'extrait de capsules surrénales a été prompt et sûr. (1)

Traitement médical préventif des coliques hépatiques à répétition. — CHAUFFARD dans *Semaine Médicale*, 2 janvier 1900.

L'auteur affirme qu'une cure méthodique et suffisamment prolongée fait disparaître toute attaque ultérieure.

La clinique le démontre.

A cet égard, il cite deux faits qui lui paraissent concluants.

En janvier 1899, un malade âgé de quarante-cinq ans lui est adressé de province, pour être opéré, épuisé qu'il était à la suite de plusieurs attaques de coliques hépatiques: 74 crises en trois ans.

Les crises duraient de six à sept heures, lorsqu'elles étaient courtes et sans ictère, plus longues, — une de sept jours — lorsqu'il y avait jaunisse. Lorsque Chauffard le vit, ce malade avait perdu 40 livres et était, pour ainsi dire, en état de crises subsistantes.

A l'examen, sensibilité de la région hépatique, mais ni gros foie, ni vésicule dilatée, ni empâtement sous-hépatique, ni fièvre, ni ictère.

Le traitement antérieur avait-il été suffisant?

Assurément non. Le malade avait pris du vichy, du boldo, avait suivi un certain régime, mais sans aucune méthode.

L'auteur demande un sursis pour l'opération et soumet le malade au régime suivant:

"Régime lacté, à très petites doses aidé de lavements alimentaires; régime lacté plus abondant, bouillies féculentes légères; au bout de quinze jours, retour progressif au régime mixte, lacto-végétarien et faiblement carné. Chaque jour, 1 gr. 50 centig. de salycilate de soude et autant de benzoate en 3 prises; deux perles d'huile de Harlem par semaine; des bains alcalins, des frictions sèches."

Ce traitement fut suivi durant une année, durant vingt jours par mois, puis durant dix jours seulement.

(1) Tout médecin qui en fera l'expérimentation, à l'hôpital ou ailleurs, est prié de me faire parvenir ses observations qui seront adressées à l'auteur, sur sa demande spéciale.

Le résultat a été complet. Plus de crises, augmentation de poids, reprise de la vie active. Même 10 jours après le début du traitement, ce malade retourna chez lui et put subir la fatigue d'un trajet de dix heures, en chemin de fer.

L'auteur affirme que les résultats sont très identiques et préconise fortement le traitement médical méthodique dont les malades ont toujours retiré les plus grands bénéfices.

Traitement de la variole, par LEGRAND, séance du 29 janvier 1901 à la Société de Thérapeutique de Paris, dans la *Revue de Thérapeutique Médico-chirurgicale*, 1er février 1901.

L'auteur, M. Legrand, donne la formule suivante pour combattre l'intolérance gastrique avec vomissements bilieux qu'il a observés fréquemment:

Chlorydrate de cocaine.... ....0 gr.	10 centig.
Sirop d'éther.... 30	grammes.
Sirop de codéine.... 30	grammes.
Eau chloroformée.... 50	grammes.
Eau de menthe.... 50	grammes.

Une cuillérée à dessert d'heure en heure avec de l'eau d'Evian.

Il administre la potion tonique suivante:

Acétate d'ammoniaque.... 3	grammes.
Sirop thébaïque.... 50	grammes.
Sirop de quinquina au vin.... 60	grammes.
Potion de Tood.... ....q. s. p. 187	grammes.

Une cuillérée à soupe toutes les heures.

Traitement local. — L'auteur a pu éviter la période de suppuration locale par la méthode suivante:

Bains de sublimé tous les deux jours. Immédiatement après il applique sur les pustules des bandelettes de Vigo imbriquées les unes sur les autres, ou bien, et c'est sur ce point que l'auteur insiste, "on fait chauffer la masse emplastique de manière à lui donner la consistance de la pommade liquide et on recouvre chaque pustule avec cette substance. Ensuite, on applique par-dessus cette gouttelette de masse emplastique, un petit morceau de papier de soie, de telle sorte que tout se passe comme si chaque pustule était recouverte par un emplâtre."

D'après l'auteur, en 24 heures, les papules disparaissent, et, après quatre ou cinq jours, les vésicules ne laissaient, pour toute trace, qu'une simple trace rosée, qui disparaît à son tour avec quelques bains savonnés.

Nous résumons avec l'auteur les avantages de sa méthode:

1° Cessation rapide des phénomènes d'intolérance gastrique;

2° Suppression de la période de suppuration;

3° Absence totale de cicatrices.

D'autre part, dans la "Presse Médicale", Roger conseille l'emploi du chlorure de calcium dans la *variole hémorragique:* les résultats seraient satisfaisants d'après cet auteur. Ce sel aurait, bien souvent, fait disparaître les manifestations hémorragiques de la variole. Il donne le chlorure de calcium cris-

tallisé au lieu du chlorure anhydre qui est deux fois plus actif. Voici la formule qu'il emploie:

Chlorure de calcium cristallisé.... ....4 à 6 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.... ....40 grammes.
Eau-de-vie, vieille, ou rhum.... ....30 grammes.
Teinture de cannelle.... ....5 grammes.
Eau distillée.... ....50 grammes.

Une cuillérée à soupe toutes les heures.

Chez un adulte, la dose de chlorure ne doit pas être inférieure à 4 grammes. — Chez l'enfant, 1 gramme à 1 gr. 50.

J. A. LeSage.

PHARMACOLOGIE.

Formulaire.

Potion antivomitive de Rivière. (Codex.)

1. — Potion alcaline ou n° 1. 30 grains de bicarbonate de potasse pour 2 onces de liquide.

2. — Potion acide ou n° 2. 30 grains d'acide citrique pour 2 onces de liquide.

Pour boire, mêlez dans un verre une cuillerée de chacune de ces potions ou donnez une cuillerée de la potion n° 1, et puis une autre de la potion n° 2.

Eau sulfo-carbonée. (D. Beaumetz.)

Sulfure de carbonne.... ....2½ drachmes.
Eau distillée.... ....1 chopine.
Essence de menthe.... ....IV gouttes.

Agiter et laisser déposer; 5 à 6 cuillérées à soupe, par jour, dans un peu de lait. Avoir soin de renouveler l'eau à mesure que l'on en puise dans la bouteille.

Potion stomachique et laxative.

Teinture de noix vomique.... ....f. 30 gouttes.
Extrait fluide de cascara.... ....f. 5 drachmes.
Sirop simple.... ....f. ½ once.
Eau de laurier-cerise.... ....f. ½ once.
Eau distillée.... ....f. 3½ onces.

M. 3 à 4 cuillérées à thé, par jour.

Cachets antinévralgiques. (Hirsch Kron.)

Extrait de chanvre indien.... ....8 grains.
Acide salicylique.... ....75 grains.

Divisez en 10 cachets; 3 cachets, par jour, contre névralgies du trijumeau.

TOPIQUE CONTRE LES CORS ET VERRUES.

Acide salicylique.... ....15 grains.
Cannabine.... ....4½ grains.
Alcool à 90°.... ....15 gts.
Ether à 62°.... ....45 gts.
Collodion élastique.... ....2½ drachmes.

Appliquez.

BRONCHITES. (Formules diverses).

Eau de fleurs d'oranger ..... 80 grammes.
Sirop de chloral..... } ââ 25 grammes.
Sirop de morphine..... }
Eau de laurier-cerise..... 60 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les 3 heures (Dieulafoy).

On peut utiliser comme calmants l'*eau de laurier-cerise* et l'aconit :

Sirop de tolu..... 300 grammes.
Eau de laurier-cerise..... 100 grammes.
Teinture d'aconit..... 1 gramme.

Quatre à cinq cuillerées à dessert (Grasset).
A la période de déclin, le meilleur expectorant est le *benzoate de soude :*

Eau..... 300 grammes.
Benzoate de soude..... 20 grammes.

Trois cuillerées à soupe par jour.

Ou bien :

Eau..... 300 grammes.
Sirop de polygala..... 100 grammes.
Benzoate de soude..... 20 grammes.

Ou bien :

Benzoate de soude..... 6 à 10 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit..... xx gouttes.
Eau de laurier-cerise..... 3 grammes.
Sirop de tolu..... } âi 30 grammes.
Sirop de codéine..... }
Eau ..... 60 grammes.

Trois à quatre cuillerées à soupe par jour.

CORRESPONDANCE.

Nous accusons réception de la correspondance suivante que M. le docteur Panneton de Trois-Rivières a bien voulu nous adresser.

Nous laissons à l'auteur toute la responsabilité pour les suggestions qu'elle comporte.

Monsieur le rédacteur de l'UNION MÉDICALE,

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec s'est, depuis quelques années, occupé d'essayer à réglementer la vente des médecines patentées ou secrètes. A titre de suggestion, je me permettrai de leur proposer un mode qui, suivant moi, serait une solution de cette question difficile.

Ces préparations, ou du moins quelques-unes d'entre elles, sont et resteront sur le marché, elle sont entrées dans le public, soit à cause de leur valeur intrinsèque, soit parce qu'elles répondent à un besoin, ou soit encore à cause de la réclame que leurs font les journaux et les circulaires répandus à profusion dans le public. D'un autre côté, la nécessité s'impose, tant aux médecins qu'aux pharmaciens, soucieux de leur responsabilité, de protéger le public, contre celles de ces préparations qui sont ou peuvent devenir dangereuses, et d'encourager la vente de celles qui ont quelque valeur.

La formation d'un comité, composé de médecins et pharmaciens honnêtes et compétents, donnant son approbation sous certaines conditions, aux préparations le méritant, serait, je crois, le meilleur moyen d'encourager la vente des préparations utiles et efficaces, et de protéger le public contre les préparations inutiles ou dangereuses. Les avantages d'un tel comité seraient:

1° De se dispenser de la nécessité de s'adresser aux législatures, lesquelles nous sont certainement défavorables;

2° Au lieu d'employer, pour obtenir leur but, des mesures coercitives, toujours odieuses, les médecins feraient, à ceux qui le méritent, la faveur de les encourager de leur approbation;

3° Cette approbation aurait avant longtemps une valeur telle, pour les propriétaire des préparations mises sur le marché, qu'elle serait recherchée par les pharmaciens et pourrait devenir une source de revenus suffisants pour couvrir les dépenses nécessitées par la formation et le fonctionnement du bureau d'approbation;

4° Cette approbation serait une garantie pour le public et mettrait à l'aise le praticien qui est si souvent consulté sur la valeur de tel ou tel remède en usage dans les familles;

5° Les médecins, pourraient sans être taxés de charlatanisme, prescrire les préparations ainsi approuvées;

6° Une des conditions auxquelles pourrait être soumise la vente de ces préparations devrait être l'affichage sur les bouteilles ou paquets, mis en vente, de la proportion par dose et du nom de l'agent actif de chaque préparation.

E. F. PANNETON, M. D.

Trois-Rivières, 29 janvier 1901.

BIBLIOGRAPHIE.

LIBRAIRIE J.-B. BALLIERE & FILS, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le traitement pratique de l'épilepsie, par GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, 1901, 1 vol. in-16, 96 p. cartonné. (*Actualités médicales.*)... 1 fr. 55

Tableau synoptique de bactériologie médicale, 1 vol. in-16, carré de 80 pages, avec figures, cartonné..... 1 fr. 30

Aide-mémoire de Neurologie, par le professeur PAUL LEFERT, 1 vol. in-18 de 274 pages, avec 26 figures, cartonné..... 3 fr.

Le Pneumocoque et les Pneumococcies, par A. LIPPMAN, préface du Dr DUFLOCQ, médecin de l'hôpital Tenon, 1 vol. in-16 de 86 pages, cartonné..... 1 f. 50

Tableau synoptique d'Anatomie topographique et chirurgicale, à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr BOUTIGNY, ancien interne des hôpitaux, 1 vol. gr. in-8 de 176 p., avec 117 figures, cart. (*Collection Villeroy*)... 6 fr.

Aide-mémoire des maladies du cœur, par le professeur PAUL LEFERT, 1 vol. in-18 de 304 pages, avec figures, cartonné ..... 3 fr.

LIBRAIRIE G. STEINHEIL, rue Casimir Delavigne, Paris.

Anatomie générale appliquée à la Physiologie et à la Médecine, par XAVIER BICHAT.—*Première partie :* 1 beau volume in-8 de 525 pages, bien imprimé, édité à ..... 3 fr. 40

AVRIL 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.
198 — La médication phospho-créosotée dans la tuberculose ..... *Bernheim*
207 — L'ostéotomie trochantérienne ..... *Marien*
214 — Lymphadénie leucémique ..... *Dubé*
226 — Le traitement de la fièvre typhoïde à l'hôpital Notre-Dame ..... *LeSage*

REVUE GÉNÉRALE.

239 — La grippe ..... *Hervieux*

ACTUALITÉS MÉDICALES.

246 —Tuberculose pulmonaire et non hérédité ..... *Lachapelle*
249 — L'œuvre de la goutte de lait ..... *Boucher*
252 — L'institut vaccinal de Montréal ..... *LeSage*

SOCIÉTÉS.

255 — La Société médicale de Montréal (séances du 12 février, 12 et 26 mars) .....

PHARMACOLOGIE

259—Bronchites aiguës et diffuses — Dyspepsie flatulente et crises gastralgiques.

BIBLIOGRAPHIE.

260—Manuel d'histologie pathologique ..... *Marien*

MEMOIRES

LA MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE DANS LA TUBERCULOSE [1]

Par MM. SAMUEL BERNHEIM et ANDRÉ ROBLOT, de Paris.

(*Suite et fin*)

IV. — Considérations pathogéniques. — Le terrain tuberculeux est un terrain hypoacide.

Naguère encore, à la suite des travaux de Bouchard et de ses élèves, on considérait le taux de notre alcalinité humorale comme la mesure de notre résistance aux infections. L'hyperalcalinité était la meilleure défense que nous pouvions opposer aux invasions microbiennes, et c'est elle que, thérapeutiquement, il semblait, *a priori*, utile de réaliser. Or, des travaux récents, inspirés à la fois par une plus rigoureuse observation des faits et par une interprétation chimico-physiologique plus juste, sont venus s'inscrire en faux contre cette conception.

Le docteur Boureau, de Tours, se fondant sur l'antagonisme des terrains arthritique et tuberculeux, et déterminant les différences qui les distinguent dans leur chimisme humoral, a, le premier croyons-nous, émis l'avis que l'antagonisme clinique des deux processus reconnaissait comme raison une différence fondamentale dans leur acidité relative, l'un, processus de résistance à l'infection caractérisé par son hyperacidité, l'autre, processus de défaillance, évoluant sur un terrain hypoacide.

Tout récemment enfin, M. Joulie, généralisant ces données et résumant dans une lumineuse publication "*Urologie pratique et thérapeutique nouvelle*" les faits observés au cours d'une longue expérience et scientifiquement contrôlés, édifiait, avec

(1) Voir *Union Médicale du Canada*, mars 1901. Ce mémoire a été écrit spécialement pour ce journal.

une grande puissance de déduction, une théorie nouvelle des processus morbides, de la pathogénie d'un grand nombre d'affections et de modes réactionnels que les anciens cliniciens décrivaient sous le nom de diathèses.

Les processus morbides, selon M. Joulie, se peuvent réduire en deux mécanismes pathogéniques: l'hypo et l'hyperacidité, celle-là plus fréquente que celle-ci, et celle-ci, à son ultime période, trouvant souvent sa conclusion dans celle-là. L'hypoacidité humorale, telle est en dernière analyse, et presque toujours, la raison de la défaillance de l'organisme, hypoacidité qui a son reflet et son témoignage cliniquement appréciable dans l'hypoacidité urinaire.

Les maitres de la clinique, à une époque où la clinique occupait nécessairement (ce qui devrait être encore au surplus) le premier plan de la méthodologie médicale, Trousseau et Pidoux, ne s'y étaient pas trompés, et leur clairvoyance avait deviné ce que nos moyens d'investigation plus précis viennent de découvrir: ils avaient appelé l'attention des médecins sur la cachexie alcaline. On devait en sourire un peu... Parlant des inconvénients reprochés à la médication alcaline en matière de thérapeutique gastro-intestinale, M. Albert Mathieu, disait d'elle " Tout cela n'est pas bien grave, et l'on ne craint plus guère actuellement la cachexie alcaline dont Trousseau et Pidoux ont effrayé les médecins..." L'alcalinité est cependant plus redoutable qu'on ne l'avait cru. Et il est curieux de constater, en passant, que nous ayons mis aussi longtemps à nous en apercevoir.

Ce qui, longtemps, a égaré l'interprétation des faits et leur explication scientifique, c'est, comme le remarque bien M. Joulie, le dogme intangible de l'alcalinité du sang.

" Le sang est alcalin, dit-on; c'est-à-dire qu'une goutte de sang déposée sur du papier rouge de tournesol le ramène au bleu. Mais cela prouve-t-il que le sang possède réellement des propriétés chimiques alcalines? Evidemment non, puisque les bicarbonates alcalins, les phosphates bisodiques et bipotassiques, le biborate de soude, etc... qui sont des sels acides, c'est-à-dire capables de se combiner avec de nouvelles quantités de bases,

possèdent aussi la propriété de ramener au bleu la teinture de tournesol rougie par un acide.

Les caractères d'acidité ou d'alcalinité tirés de l'action des corps sur le tournesol sont donc bien loin de posséder une valeur absolue... En 1776, Rouelle, avait affirmé que l'alcalinité du sang était due à de la soude. On l'a ensuite attribuée à la présence d'une petite quantité de phosphate trisodique. Mais, depuis les travaux de Fernet, Meyer, Lüdwig et ses élèves, on sait que le sang contient toujours de l'acide carbonique libre, ce qui exclut absolument l'existence dans ce même liquide, de tout alcali libre, de tout carbonate neutre et de tout phosphate tribasique. L'alcalinité apparente du sang est due, uniquement, à des bicarbonates, les seuls sels à réaction alcaline sur le tournesol capables de coexister avec l'acide carbonique libre. Le sang est, en réalité, un liquide à propriétés chimiques acides puisqu'il contient des sels acides et même un acide libre: l'acide carbonique ".

On peut donc conclure avec Gautrelet: " A l'état normal le sang est un liquide de composition chimique acide, comme il est de fonction physiologique acide."

Et l'on peut dire — toutes choses égales d'ailleurs et se maintenant dans les limites physiologiques—que le coefficient de la résistance morbide a, pour mesure, l'acidité du sang, conséquemment ,l'acidité humorale. Nous sommes loin, on le voit, de l'hyperalcalinité protectrice et curative!

Quelles sont donc les conséquences de l'hyperacidité et de l'hypoacidité hématique?

" L'hyperacidité du sang, dit M. Joulie, a pour effet d'augmenter sa viscosité et, par suite, de gêner sa circulation qui subit, de ce fait, un certain ralentissement ayant pour conséquence une diminution des oxydations et des échanges et un certain ralentissement de la nutrition. Aussi voit-on généralement coïncider avec la gravelle urique une série de maladies chroniques générales (terrain arthritique, de M. Boureau) faisant partie des maladies par ralentissement de la nutrition décrites par M. le professeur Bouchard.

" Le défaut d'acidité urinaire résulte au contraire, d'une di-

minution de l'acidité du sang, c'est-à-dire, d'une augmentation de la proportion de bicarbonates et de phosphates alcalins qu'il doit contenir normalement. Or, l'augmentation de ces sels a pour effet de diminuer la viscosité du sang, de le rendre plus liquide, et par suite, de le faire circuler plus vite, pour une même impulsion donnée par le cœur. Il en résulte forcément une augmentation de l'oxygène pris dans le poumon, toutes choses restant égales, d'ailleurs, d'où une intensité plus grande des oxydations et des échanges organiques et, par suite, l'affaiblissement et la consomption si l'alimentation reste impuissante pour réparer les pertes excessives de l'organisme."

Il y a eu en effet, dans ce souci d'activer les échanges cellulaires et d'augmenter les oxydations, une illusion thérapeutique qui a conduit à plus d'une erreur.

On s'est figuré que cette activité des échanges, cette intensité des combustions, synonyme d'une rénovation cellulaire incessante, étaient tout bénéfice pour l'organisme. — Mais, outre que cette intensité des échanges, cette activité fonctionnelle imprimée à tous les organes allait contre une loi de thérapeutique générale qui veut (et nous y avons insisté d'ailleurs, en étudiant longuement la cure de repos chez le phtisique) que l'organe malade soit soumis au repos — la médication alcaline ou la constitution humorale hypocide, en favorisant la circulation plus rapide d'un sang fluide avait pour effet de favoriser, du même coup, la mobilisation des bacilles et de concourir à la généralisation microbienne dans l'économie.

Infériorité constitutionnelle au point de vue résistance et défense — erreur thérapeutique dans le même sens — dans les deux cas, l'hypoacidité, soit naturelle, soit acquise, créait un terrain tuberculisable.

" Tous les auteurs modernes, dit M. Joulie, affirment que les alcalins activent les combustions, mais jusqu'ici, ils ne se sont guère préoccupés de l'inconvénient de les exagérer."

Cet inconvénient, au seul point de vue des maladies microbiennes, de la tuberculose, en particulier, nous venons de l'esquisser. Voyons donc les conséquences pathologiques de l'hypoacidité.

M. Joulie, les énumère:

" L'anémie, la polyurie, la glycosurie polyurique, les dyspepsies alcalines, les cancers, la scrofule, le pneumonie, la tuberculose et toutes les maladies contagieuses ou microbiennes.

" En outre, pour nous, il est absolument certain que diverses maladies rattachées par les auteurs à la diathèse arthritique ou hyperacide, parce qu'elles en sont très fréquemment les conséquences, dépendent au contraire de l'hypoacidité. Telles sont, par exemple, la cachexie goutteuse, toutes les maladies consomptives, le rachitisme, certaines néphrites, les gravelles phosphatique et oxalique, la dyspepsie hyperchlorhydrique, les acnées, les hémorroïdes et plusieurs dermatoses, entre autres, l'eczéma.

" La grande famille des maladies par ralentissement de la nutrition, décrite par M. Bouchard, devra être divisée en deux branches parce que la nutrition peut se trouver ralentie de deux façons bien différentes: 1° par diminution des échanges organiques, abaissement des oxydations, diathèse hyperacide; 2° par excès des oxydations, dépense dépassant la recette, diathèse hypoacide (Pathogénie du terrain tuberculeux.)

Parmi les conséquences de l'hypoacidité, il en est deux sur lesquelles M. Joulie insiste et qui nous intéressent aussi au seul point de vue de la pathogénie de la tuberculose.

1° La première c'est la fluidité excessive du sang d'où une accélération dans son cours et apparition de la tachycardie. Et l'on sait, du reste, que la tachycardie est la règle chez les tuberculeux. C'est même un bon élément clinique de diagnostic précoce de la tuberculose. N'a-t-on pas dit: " Chez les tuberculeux, la fièvre est plus au pouls qu'à la température "?

2° Mais en outre, à ce dernier point de vue, la deuxième conséquence de l'hypoacidité est l'exagération des oxydations, et, par conséquent, l'élévation de la température centrale. Ainsi se trouve expliquée, beaucoup mieux que par l'influence thermogène des toxines ou des microbes, à une période où rien n'autorise à dire que l'invasion bacillaire soit certaine, cette hyperthermie inquiétante qu'on trouve non seulement chez le phtisique confirmé, mais encore chez le candidat à la tubercu-

lose. C'est le terrain qui se prépare pour l'éclosion de la maladie et la prolifération bacillaire. C'est l'hypoacidité qui, antérieurement à tout envahissement microbien, manifeste son influence par une élévation thermique.

Mais dans tout cela, dirait-on, il n'y a que des conceptions *a priori* des déductions théoriques.

L'observation les confirme-t-elle? Nous avons, plusieurs fois, au cours de ce travail, rappelé les recherches du docteur Boureau sur l'hypoacidité de la tuberculose et l'hyperacidité de l'arthritisme.

Rappelons-en seulement les conclusions.

Terrain tuberculeux. — Déminéralisé; pauvre en chlorures aux dépens de la chaux et de la potasse. *Hypoacide.*

Terrain arthritique. — Surminéralisé; riche en chlorures aux aux dépens de la chaux et de la potasse. *Hyperacide.*

Le terrain normal renferme, d'après Gaube:

Azote....	15.24
Matières minérales..	18.50

M. Boureau trouve pour le terrain tuberculeux une moyenne de:

Azote.....	10.11
Matières minérales...	9

Or, M. A. Robin a démontré qu'à l'état physiologique la quantité d'azote doit toujours être inférieure à la quantité de matières minérales totales. L'azote a pris dans le terrain tuberculeux une prépondérance anormale. C'est un sol *déminéralisé.*

En outre, l'urine du tuberculeux est pauvre en chlorures (moyenne: 2.90 de chlore pour 6 à 10, chiffre normal). L'urée est diminuée dans 68% des cas (Berlioz).

Le coefficient azoté (rapport de l'urée aux matières solides) est abaissé surtout à la deuxième période (39% au lieu de 50%).

Quant à l'acidité totale de l'urine, nous l'avons, comme Bourreau, toujours trouvée diminuée. Cette dimunition est d'ailleurs très variable.

Les auteurs s'accordent assez mal sur le chiffre de l'acidité normale.

M. Joulie, au lieu de l'exprimer comme on le fait ordinairement en acide chlorhydrique, acide orthophosphorique ou acide sulfurique monohydraté par rapport au titre, pour des considérations que nous n'avons pas à rapporter ici, trouve plus exact et comme fournissant des chiffres d'une plus grande constance et plus comparables entre eux, de l'exprimer en prenant le rapport de l'acidité urinaire à l'excédent de densité de l'urine sur l'eau, rapport qu'il estime normal quand il se maintient entre 4 et 5. Au-dessous, l'urine est dite hypoacide. Au delà, hyperacide. Si l'on exprime l'acidité par litre en acide chlorhydrique, le chiffre normal oscille entre 1 gr. 50 et 2 gr.

Exprimée en acide orthophosphorique, en acide sulfurique monohydraté, l'acidité normale serait de 0 gr. 849.

Or, si nous exprimons en Hcl, l'acidité urinaire des tuberculeux, nous voyons que le coefficient qui la représente est extrêmement variable.

D'abord, il n'est pas rare de la trouver franchement alcaline.

Plus souvent, l'hypoacidité urinaire varie entre 0 g. 25 à 1 g.

Enfin, le terrain tuberculeux est un terrain qui se déphosphatise. Harcel et G. Daremberg ont montré la relation étroite qui existe entre la tuberculose et la phosphaturie. Quand la dénutrition commence chez le phtisique, dit Teissier, elle se révèle par la phosphaturie. Au début, un tuberculeux perd 3 à 4 grammes de phosphates par litre d'urine; et la phosphaturie ne s'arrête qu'à la cachexie.

V. —Conséquences thérapeutiques

S'il est vrai qu'il n'est de saine thérapeutique que celle qui s'inspire de la pathogénie, ces considérations pathogéniques étant posées, quelles conclusions thérapeutiques en tirer?

Comment soignerons-nous le tuberculeux?

Remarquons que, sauf application dans le détail, la thérapeutique de la tuberculose est la thérapeutique de l'hypoacidité.

La première indication est d'instituer un traitement acide. Mais quel acide choisir?

L'acide qui, naturellement, domine dans les tumeurs, dans le sang, dans l'urine et leur communique leur fonction chimique acide.

Or, dit M. Joulie, l'acidité urinaire, reflet de l'acidité humorale, "étant due principalement au phosphate acide de soude, nous avons pensé que l'acide le plus convenable pour atteindre le but envisagé était l'acide phosphorique. Il fallait, en effet, un acide minéral, car tout acide organique eût été détruit par oxydation et n'aurait pu laisser définitivement que de l'eau et de l'acide carbonique. Or, les acides sulfurique, chlorhydrique ou nitrique ne peuvent agir qu'en mettant de l'acide phosphorique en liberté, puisqu'ils trouvent dans le sang un excès de phosphate de soude. Il était donc théoriquement préférable de recourir à l'acide phosphorique afin d'éviter de produire des chlorures, des sulfates ou des nitrates, au moins inutiles..." Cet acide remplit, d'ailleurs, dans l'économie un rôle physiologique des plus importants puisque tous les tissus animaux, soumis à l'incinération, laissent des cendres presque exclusivement composées de phosphates."

M. L. Joulie a reconnu que, suivant les bases auxquelles il s'associe, l'acide phosphorique est plus ou moins utile à la formation de certains organes. Les bases auxquelles il est combiné dans les matières animales sont toujours les mêmes: la chaux, la magnésie, la potasse, la soude, l'oxyde de fer, et, probalement, l'oxyde de manganèse. Les phosphates résultant se retrouvent toujours, tous, dans tous les organes, mais en proportions différentes.

Le phosphate de fer domine dans les globules du sang:
Le phosphate de soude, dans le système glandulaire;
Le phosphate de potasse dans le système nerveux;
Le phosphate de magnésie dans le tissu musculaire;
Le phosphate de chaux dans les os.

Conclusion: Pour relever l'acidité humorale chez le tuberculeux, nous choisirons donc l'*acide phosphorique.* Houvel argumente en sa faveur: chez le tuberculeux plus que chez tout autre malade, la phosphaturie accompagne l'hypoacidité: le choix de l'acide phosphorique pour combattre l'hypoacidité possède également l'avantage de combattre les troubles nerveux qui ont pour conséquence l'élimination exagérée des phosphates.

Voilà pour le terrain — telle en est la thérapeutique. Par

l'acide phosphorique nous relevons son acidité, et nous combattons sa déphosphatisation.

Mais toutes les indications sont-elles remplies?

Ce qui fait qu'un sol tuberculisable devient tuberculeux, c'est l'agent spécifique: le microbe. *Le bacille pathogène a donc pour rôle d'actualiser les puissances morbides du terrain.*

Or, le bacille, pouvons-nous le combattre?

Directement, non, tant qu'un sérum ou un bacille anti-tuberculeux n'aura pas été découvert.

Indirectement, oui, si nous nous rappelons ce que nous avons dit du mode d'action de la créosote au début de ce chapitre.

Nous n'y revenons pas:

Deuxième conséquence. — Pour lutter contre le bacille même indirectement, c'est-à-dire pour constituer dans l'organisme un humorisme défensif qui mette en jeu ses puissances phagocytaires et développe peut-être des antitoxines, — faire appel à la créosote.

Conclusion:

D'une part, l'acide phosphorique s'impose;

De l'autre, la créosote.

Le phosphate de créosote, ou plus généralement, la médication phospho-créosotée, un polyéther quelconque capable de se dédoubler en acide phosphorique et en créosote, répondra donc, aussi complètement que faire se peut, en l'état actuel des ressources thérapeutiques dont nous disposons, aux desiderata du traitement de la tuberculose.

Comme nous l'avons dit, d'après nos recherches de laboratoire et nos observations, l'expérimentation et la clinique sont d'accord, en cela, avec la théorie.

De tous les polyéthers créosotés que nous avons étudiés, ceux qui donnent les meilleurs résultats sont ceux qui contiennent un acide éthérifiant phosphoré.

Le phosphate de créosote, type de cette médication phospho-créosotée, agit à la fois: par son acide phosphorique, grâce à sa fonction chimique acide, grâce à son phosphore, pour relever l'acidité, la minéralisation, la phosphatisation du terrain tuberculeux et lui substituer un sol arthritique artificiel; par sa créosote pour combattre indirectement le bacille pathogène.

L'OSTÉOTOMIE TROCHANTÉRIENNE (1)

Par A. MARIEN

Professeur agrégé, chirurgien de l'Hotel-Dieu.

L'ostéotomie trochantérienne est une opération orthopédique qui nous permet de corriger de grandes difformités et de rémédier à une pénible infirmité, à savoir le raccourcissement parfois considérable du membre inférieur et son attitude vicieuse, à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie infectieuse de la hanche.

Elle semble nettement indiquée surtout, lorsqu'il s'agit de corriger la position vicieuse du membre inférieur après la guérison complète de la coxalgie.

Dans ce dernier cas principalement, si l'on se rend bien compte de l'anatomie pathologique des lésions occasionnées par la coxalgie, l'on comprend que les autres opérations chirurgicales sont un *leurre*, si elles ne s'adressent qu'aux parties molles, telles que les ténotomies ou les myotomies, ou bien elles sont *insuffisantes* ou *dangereuses* si elles sont aveugles ou brutales, tels que le redressement forcé ou l'ostéoclasie.

L'anatomie pathologique nous démontre en effet que les déviations de la cuisse à corriger après une coxalgie grave, ayant dépassé les deux premières périodes, offrent des caractères multiples et complexes.

Le raccourcissement fonctionnel ou même le raccourcissement apparent du membre inférieur provient d'une triple cause: flexion de la cuisse, adduction ou abduction de la cuisse, ascension de la tête fémorale déformée. Ces trois éléments de la difformité offrent une gravité à peu près égale; la part de chacun d'eux dans le raccourcissement fonctionnel est sensiblement le même dans tous les cas.

La cuisse peut être *fléchie* à un degré variable, et, comme c'est le cas le plus fréquent, une luxation de la hanche, soit en

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal. Séance du 12 mars 1901.

haut et en arrière, luxation iliaque complète ou incomplète, soit en bas, luxation sous-cotyloïdienne, constitue un obstacle sérieux au redressement.

Si la cuisse n'était que fléchie, il suffirait, semble-t-il, pour rétablir la rectitude du membre, de recourir au procédé simple de redressement brusque sous le chloroforme; mais en le pratiquant, l'on fait un traumatisme sur la hanche elle-même, c'est-à-dire sur un foyer tuberculeux considéré comme offensif durant une longue période.

La luxation pathologique de la hanche est une difformité qu'aucune manœuvre n'a jusqu'ici jamais corrigée. Sa réduction doit être considérée comme impossible, et la raison en est facile à comprendre, si l'on se rappelle que la luxation pathologique de la coxalgie n'est en rien comparable aux déplacements traumatiques. Dans la coxalgie, en effet, le déplacement est en quelque sorte secondaire; il est la conséquence de la destruction des surfaces articulaires: ulcération, déformation, atrophie de la tête fémorale; élargissement du cotyle, diminution ou effacement du sourcil cotyloïde. La hanche est plutôt déformée et détruite que luxée, et de plus, elle se trouve solidement fixée dans sa position vicieuse par du tissu fibreux cicatriciel, tissu parfois très épais et très peu élastique; alors même qu'on serait parvenu à abaisser le fémur par des tractions violentes, il n'en résulterait aucun bénéfice, l'on n'aurait pas trouvé le moyen de maintenir cet abaissement momentané; la tête fémorale ne serait pas fixée dans sa position normale où l'aurait amenée la traction violente exercée sur le membre.

L'*adduction* de la cuisse est une conséquence directe de la luxation iliaque; lorsque la tête fémorale s'élève, monte dans la fosse iliaque, le genou se porte en dedans.

Aussi longtemps que la luxation restera non réduite, l'adduction persistera; autrement dit, la luxation étant irréductible, l'adduction est une difformité qu'aucune manœuvre de réduction ne peut corriger, pas plus la ténotomie que la myotomie.

L'*abduction* est également le résultat d'un abaissement et d'une fixation solide de la tête fémorale au-dessous du cotyle; les manœuvres de réduction dans ce cas sont également inutiles et insuffisantes.

En résumé, si la flexion de la cuisse semble facile à redresser, on ne peut remédier par aucune intervention au déplacement de la tête fémorale, non plus qu'à l'adduction ou l'abduction de la cuisse.

L'ostéotomie laisse la tête fémorale luxée dans l'état où elle est restée ankylosée après la guérison du foyer tuberculeux; elle agit plus bas sur le fémur. Cet os étant sectionné entre les trochanters, on impose à sa diaphyse et par conséquent à la cuisse telle direction que l'on désire, on corrige facilement la flexion, l'adduction ou l'abduction.

Il est facile de comprendre qu'une fois la flexion de la cuisse corrigée et le membre remis dans la rectitude, le raccourcissement fonctionnel disparaît presque totalement. En effet, lorsque la cuisse était fléchie le sujet marchait avec un bassin incliné en avant, et la région lombaire ensellée; dès que le membre a repris sa rectitude, l'inclinaison antérieure du bassin et l'ensellure disparaissent.

Quant à la déviation du membre, soit en dedans (adduction), soit en dehors (abduction), qui est la cause d'un raccourcissement plus ou moins considérable, suivant son degré, il est évident que l'on obtient un allongement par sa correction.

Cet allongement devient important surtout s'il y a de l'adduction, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent dans la coxalgie.

En effet, chacun sait que l'adduction produit un raccourcissement fonctionnel très marqué, le membre malade va jusqu'à croiser parfois celui qui est sain, au niveau du genou.

Lorsqu'après l'ostéotomie trochantérienne, on a remplacé l'adduction pathologique de la cuisse par une abduction, et que l'on rapproche son congénère du membre ainsi modifié dans sa direction, on voit que les deux pieds se trouvent placés à peu près au même niveau; le raccourcissement apparent du membre malade, très sensible avant l'ostéotomie, semble disparu ou très atténué. En un mot, en substituant à une adduction fixe et permanente une abduction également fixe et permanente, la manœuvre de redressement a fait disparaître plus ou moins complètement le raccourcissement fonctionnel .

OBSERVATION. — J'ai opéré, ces derniers temps, avec un résultat satisfaisant, comme vous pouvez en juger par les photographies, un petit malade atteint d'une coxalgie guérie avec luxation sous-cotyloïdienne, abduction et flexion considé-

AVANT

APRÈS

rable de la cuisse; il existait en même temps une flexion du genou de *145 degrés* avec une ankylose fibreuse.

Voici son *observation:* Thomas P... âgé de 13 ans m'est

adressé à l'Hôtel-Dieu par mon ami le docteur de Martigny pour une déviation énorme du membre inférieur. Le malade marche très péniblement, car il a un raccourcissement fonctionnel de vingt à vingt-cinq centimètres. Pour poser la plante du pied à terre, il est forcé de se pencher en avant et de s'incliner du côté malade; pour faire un pas il lui faut en quelque sorte projeter en avant son membre ankylosé.

Comme antécédents nous apprenons que son père et sa mère sont encore vivants et bien portants. Une sœur âgée de 18 ans est morte de consomption, il y a un an; cinq autres enfants se portent bien.

Quoiqu'il ait fait de la diphtérie, de la rougeole et de la scarlatine, dans son jeune âge, cet enfant a toujours joui d'une excellente santé, jusqu'au mois d'août dernier; il est robuste et bien développé pour son âge.

Vers la fin du mois de juin dernier, il fit une chute de voiture et tomba sur la hanche; il est certain qu'il ne se fit pas de fractures, car il put se relever et marcher après cet accident sans boiter beaucoup plus qu'auparavant: je dis sans boiter beaucoup plus qu'auparavant, parceque déjà, depuis deux ou trois mois, l'enfant se plaignait d'une douleur au genou (gonalgie), d'une fatigue le soir, en revenant de l'école; il boitait même un peu lorsqu'il avait marché beaucoup.

Environ un mois après sa chute de voiture il fut pris de vives douleurs dans la hanche et présenta tous les symptômes de coxalgie aiguë diagnostiquée par l'entourage "rhumatisme."

Examen du malade à son entrée à l'hôpital. — Le malade se présente à nous avec une cuisse fléchie à *150° degrés* environ. L'extension et la flexion sont tout à fait nulles, la cuisse est ankylosée avec le bassin de même que l'articulation du genou qui présente un angle de *145 degrés*, la jambe étant fléchie sur la cuisse.

La cuisse est fortement déviée en abduction et il existe une luxation sous-cotyloïdienne. La plante du pied déjetée en dehors du côté malade est à neuf pouces, soit vingt-deux ou vingt-trois centimètres du sol, lorsque le patient se tient debout, en corrigeant la déviation du bassin et de la colonne vertébrale.

L'articulation coxo-fémorale, un peu gonflée, ne présente plus de symptômes douloureux de la coxalgie; il y a bien encore de l'empâtement, mais pas de signes de suppuration.

Ostéotomie. — Le 22 décembre 1900, je fais une bonne incision en arrière du fémur partant du sommet du grand trochanter et descendant à 10 centimètres plus bas; épaisse couche de graisse et de muscles jusqu'à l'os; les lèvres de cette incision sont écartées et je dépérioste ensuite le fémur à la rugine.

Avec un ostéotome solide et un gros maillet de bois dur, je procède à l'ostéotomie intertrochantérienne, en ayant soin de donner à mon ciseau une direction très oblique par rapport à l'axe normal du membre inférieur, afin de corriger mieux l'abduction et la rotation en dehors.

Aussitôt la section terminée et régularisée, la jambe se met dans une excellente position. Comme il n'y a pas de résistance du côté des muscles antéro-externes et internes, je ne sectionne aucun muscle, ni dans le foyer opératoire ni à distance.

Des sutures profondes sont placées sur le périoste et des sutures superficielles sur les parties molles avec un drain dans l'angle inférieur de la plaie. Je procède ensuite au redressement forcé de l'articulation du genou. Pendant ces manœuvres, je sens et j'entends se rompre les brides fibreuses qui maintiennent l'articulation ankylosée en demi-flexion.

Après cela, je fixe, et je maintiens le membre redressé dans la meilleure position possible, à l'aide d'un grand appareil platré. Le malade est mis au lit avec un poids de 3 kilos, afin d'avoir une extension continue assez puissante.

Les suites opératoires ont été des plus simples; pas de grandes douleurs après le réveil chloroformique, pas d'élévation de la température, à peu près pas d'hémorragie. Le premier pansement est enlevé au bout de trois semaines, la plaie trochantérienne est déjà presque guérie, malgré la présence du petit drain, qui laisse une légère ouverture à la peau, mais qui sera fermée dans quelques jours. Au niveau du genou cependant, sur le sommet du condyle interne il existe une escharre de la dimension d'un sou causée par la pression très forte de la gouttière sur ce point.

Enfin, après quatre semaines d'immobilisation, l'appareil et les poids sont enlevés et le patient peut se remettre debout et s'appuyer sans aucune espèce de douleur sur son membre opéré; il peut marcher avec une béquille et ensuite avec une canne, sans boîter beaucoup. Il n'existe plus en réalité qu'un faible raccourcissement de un à deux centimètres qui sera facilement compensé par une chaussure à doubles semelles.

L'articulation de la hanche reste, bien entendu, ankylosée, mais l'on peut se féliciter déjà d'avoir ramené le malade dans les conditions des coxalgiques bien guéris qui arrivent à s'accommoder parfaitement de leur raideur articulaire, avec deux membres qui sont d'à peu près égale longueur.

LYMPHADÉNIE LEUCÉMIQUE (1)

Par J.-E. DUBE

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin des Hôpitaux

---

J'ai l'honneur de présenter aux membres de la Société Médicale l'observation d'un cas de lymphadénie leucémique que j'ai actuellement dans mon service à l'Hôtel-Dieu. Cette maladie qui n'est pas de pratique journalière est cependant assez fréquente si j'en juge par les cas qu'il m'a été donné de voir.

Je ne veux pas, ce soir, tracer un tableau au complet des lymphadénies leucémiques ou aleucémiques; que l'on me permette seulement de résumer leurs principaux caractères avant de vous communiquer l'histoire de ma malade. Il nous sera plus facile de la classer lorsque nous aurons appris à distinguer les formes diverses de cette maladie.

Sans faire l'historique de cette affection, je puis dire que c'est grâce aux travaux de Hogdkin, de Bennett, de Virchow, Ranvier, Rendu, Trousseau, et bien d'autres encore, que la symptomatologie de la lymphadénie est aujourd'hui assez bien connue.

Les premiers auteurs crurent que cette maladie qui consiste en une hypertrophie des ganglions lymphatiques superficiels et profonds, avec productions lymphatiques dans différents organes, était toujours accompagnée d'une augmentation marquée des leucocytes dans le sang. On ne tarda pas à s'apercevoir que la leucémie pouvait faire défaut. Trousseau créa l'adénie qui consiste en une hypertrophie ganglionnaire sans augmentation des globules blancs. Les savants ont tenté tout d'abord de faire deux maladies bien distinctes de la lymphadénie sans augmentation des leucocytes et de la lymphadénie avec leucémie; mais l'anatomie pathologique a depuis long-

(1) Communication faite à la Société médicale de Montréal, séance du 6 novembre (1900).

temps prouvé par l'entremise de MM. Ranvier et Cornil, que la leucocythémie et l'adénie sont deux variétés d'une même espèce morbide. Les lésions essentielles des différents organes sont en effet les mêmes dans tous les cas; ce sont des tumeurs reproduisant la structure du tissu adénoïde de His, des néoformations lymphatiques auxquelles Virchow a donné le nom de lymphadénôme d'où le nom de *lymphadénie* qu'il propose pour désigner cette maladie. On sait du reste, depuis longtemps, que la leucémie peut apparaître au cours d'une lymphadénie simple, surtout à une période avancée de la maladie. Aujourd'hui, donc, la question, longtemps pendante entre les unicistes et les dualistes est définitivement jugée.

La lymphadénie est *aleucémique* ou *leucémique* (Gilbert.)

Malgré les nombreuses recherches que cette maladie a suscitées depuis une dizaine d'années, la nature intime de la lymphadénie est toujours entourée d'une profonde obscurité. En effet, s'agit-il d'une néoplasie infectante ou d'une maladie parasitaire : de la tuberculose par exemple, l'avenir le dira sans doute. Comme causes étiologiques de cette maladie on a incriminé toutes les causes banales de débilitation, l'alcoolisme, les fatigues, le surmenage, la misère, les émotions, la tuberculose, la syphilis, la malaria, l'influenza, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la dysentérie et la fièvre typhoïde.

On distingue plusieurs formes de lymphadénie *aleucémique*. Les *lymphadénies ganglionnaire, splénique, intestinale, amygdalienne, testiculaire, cutanée, osseuse*, constituent autant de types distincts qui méritent une description spéciale. Je ne m'arrêterai pas longuement sur chacune de ces formes de la lymphadénie aleucémique que je mentionnerai en décrivant leurs gros symptômes.

Lymphadénie ganglionnaire. — Elle est généralisée ou partielle, celle-ci n'étant que le début de celle-là. Les ganglions du cou, de l'aine, de l'aisselle, du thorax, du mésentère sont, par ordre, les plus fréquemment intéressés.

Suivant que la maladie débute par tel ou tel groupe de ganglions lymphatiques, l'ensemble symptomatique présente des degrés de variétés. Dans la lymphadénie cervicale, axillaire,

inguinale, les ganglions du cou sont généralement les premiers atteints. " Le lymphadénôme ganglionnaire cervical sous-maxillaire débute comme une petite *tumeur* dure, indolente, roulant sous le doigt, découverte le plus souvent par hasard." (Parmentier.) Cette tumeur unique peut durer trois ou quatre mois pour prendre ensuite en se multipliant des dimensions énormes. En provoquant peu à peu, par leur volume qui augmente toujours, des symptômes de douleurs et de compressions, ces tumeurs amènent l'amaigrissement, la cachexie, puis la mort. La lymphadénie qui débute par les ganglions du médiastin est plus difficile à diagnostiquer. " Elle provoque de l'anhélation, des accès de dyspnée, et même de véritables accès de suffocation, avec anxiété, coloration violacée des lèvres, yeux hagards, refroidissement des extrémités, pouls filiforme, inspiration sifflante. (Parmentier.) D'autres fois l'attention est plutôt attirée par les troubles de la parole, de la pupille, etc.

Dans la lymphadénie qui origine dans les ganglions mésentériques on peut voir surgir des vomissements, du météorisme, de l'ascite avec développement de la circulation collatérale et production d'hémorroïdes, par l'œdème des membres inférieurs et du scrotum. (Parmentier.)

La lymphadénie peut être généralisée et les malades voient alors des tumeurs se développer par tout le corps, surtout sur les parties latérales du cou, dans le creux axillaire et dans les aines. Le foie et la rate sont quelquefois hypertrophiés dans toutes les formes de lymphadénie que nous venons de décrire, mais c'est surtout dans la lymphadénie splénique que ces organes atteignent de très grandes dimensions. La rate peut descendre jusque dans la fosse iliaque. Le foie dépasse de deux à trois travers de doigt le rebord costal.

L'intervention chirurgicale a été proposée dans certaines splénomégalies douloureuses et graves. Sur les 40 cas de splénomégalie aleucémique avec rate fixe, dont il a résumé les observations, M. Vanverts compte 11 guérisons. Cinq opérés, jouissaient d'une santé excellente. Je ne ferai que mentionner en passant la lymphadénie intestinale, la lymphadénie amygdalienne, la lymphadénie testiculaire, la lymphadénie cu-

tanée, et enfin la lymphadénie osseuse, pour passer immédiatement à la description de la lymphadénie *leucémique*.

Il existe trois grandes formes de lymphadénie *leucémique:* la leucémie splénique, la leucémie ganglionnaire, la leucémie myélogène.

Les formes pures de leucémie splénique, ou ganglionnaire ou myélogène sont peu communes. D'ordinaire la leucémie splénique s'accompagne, après un certain temps, de tuméfaction des ganglions et de lésions osseuses: la leucémie est à la fois splénique, ganglionnaire, osseuse. La forme complexe splénique et ganglionnaire ou généralisée est donc la plus fréquente et doit être prise pour type de description.

La maladie débute par des phénomènes généraux ou locaux.

Les *symptômes généraux* consistent en un affaiblissement général, progressif, en une apathie physique et morale, en un amaigrissement, en une pâleur, que rien n'explique en apparence, ou que tout au moins le malade ne parvient pas à expliquer. Parfois, au contraire, les *signes locaux* sont les premiers qui attirent l'attention. Tantôt et le plus souvent, les malades se plaignent d'une sensation de pesanteur, de tiraillement, de douleur même dans la région de l'hypocondre gauche, ou de troubles gastriques, tels que digestions lentes, pénibles, ballonnement du ventre, tympanisme stomacal. On trouve à l'examen une hypertrophie de la rate, à laquelle s'associeront tôt ou tard de nouveaux signes. Tantôt la tuméfaction de certains ganglions superficiels, des ganglions sous-maxillaires surtout, est le premier symptôme observé. Dès lors s'impose l'examen attentif de tous les ganglions, de la rate du foie, du sang. (Parmentier.) L'adénopathie intra-thoracique qui ne tarde pas à survenir provoque des signes de compression de la trachée et des bronches (tirage et cornage, faiblesse du murmure respiratoire et conservation de la sonorité, toux pénible, sèche, etc.), de l'œsophage (accès de dysphagie), du récurrent (troubles vocaux et respiratoires), du phrénique, du sympathique, des veines (circulation collatérale, œdème, cyanose). (Parmentier.)

La rate s'hypertrophie et devient perceptible à la palpation. Lorsque l'hypertrophie est considérable l'abdomen est dé-

formé, le flanc gauche devient proéminent, et la digestion se fait difficilement. Le foie s'hypertrophie également. Du côté du tube intestinal, à part des troubles de digestion, il survient quelquefois des vomissements, une diarrhée tenace paroxystique. Le malade leucémique peut présenter des troubles du côté des yeux et des oreilles.

L'*anémie* est parfois assez prononcée et se reconnaît de loin à la pâleur intense et gris sale des téguments. Les épistaxis, le purpura, les ecchymoses sont les plus fréquentes formes d'hémorragie qu'offre le leucémique.

Comme son nom l'indique la leucocythémie est essentiellement caractérisée par l'excès des globules blancs dans le sang. On sait aujourd'hui que, bien loin de constituer une entité morbide, elle est un caractère contingent de la lymphadénie Mais elle imprime aux lésions des organes et par là même aux symptômes, un cachet particulier qui mérite de fixer l'attention. L'examen du sang permet de constater un accroissement énorme des globules blancs normaux et atypiques, et une aglobulie progressive, avec globules rouges à noyaux plus constants et plus précoces que dans aucune autre anémie.

En prenant pour base l'examen du sang, Ehrlich et Lazarus distinguent deux formes de leucémies:

1° La leucémie par prolifération du tissu lymphoïde: *Leucémie lymphatique* caractérisée par un très grand nombre de cellules lymphatiques;

2° La leucémie par prolifération du tissu myéloïde: *Leucémie myélogène* caractérisée par un type microscopique résultant de la combinaison des anomalies suivantes:

(a) En dehors des cellules polynucléaires, présence des avant-stades de ces éléments, les leucocytes mononucléaires granuleux;

(b) Participation à l'augmentation des globules blancs des trois types de cellules granuleuses, les neutrophiles, les éosinophiles et les mastzellen;

(c) Apparition de formes cellulaires atypiques: cellules en karyokynèse et formes naines de polynucléaires et de mononucléaires, neutrophiles et éosinophiles;

(d) Présence constante de globules rouges nucléés, souvent en grande quantité. (Parmentier.)

La leucémie ne pardonne jamais; tous les symptômes décrits vont en s'accentuant jusqu'à la fin d'une façon le plus souvent chronique. La durée moyenne est de un à deux ans; la durée maxima de quatre ans, huit ans même. La mort est la conséquence d'une cachexie progressive, d'une hémorragie cérébrale, stomacale, abdominale (rupture de la rate), d'un lymphôme encéphalique, d'une complication de nature infectieuse (pneumonie, érysipèle, etc., etc.) (Parmentier.)

Je ne m'arrêterai pas à une nouvelle forme de leucémie décrite depuis 1889, que l'on appelle *leucémie aiguë*, et qui est caractérisée par la prolifération intensive des cellules des organes hématopoïétiques qui participent tous au processus pathologique. C'est là une différence avec la leucémie chronique où la rate, les ganglions ou la moëlle des os peuvent être touchés de façon prédominante ou isolément.

Laissez-moi maintenant vous dire quelques mots sur la nature de la lymphadénie et de la leucémie telle que les auteurs la comprennent aujourd'hui.

Théorie anatomique. — Jusqu'à ces dernières années la lymphadénie, avec ou sans leucémie a été considérée comme une maladie caractérisée par la production hyperplasique ou hétéroplasique du tissu lymphoïde; la *leucémie* comme un fait important pour les uns, contingent pour les autres, traduisait pour la plupart la suractivité fonctionnelle des organes hématopoiétiques. M. Bard distingue nettement la leucocytémie de l'adénie et des tumeurs des ganglions. Elle représente pour lui le cancer propre du sang d'origine leucocytaire. Cette théorie anatomique est fondée sur la spécificité cellulaire.

Théorie infectieuse. — Depuis l'avènement des doctrines microbiennes, nombre d'auteurs se sont efforcés d'établir l'origine infectieuse de la lymphadénie et de la leucémie, au moyen d'arguments d'ordre clinique et bactériologique.

On a invoqué tout d'abord les conditions étiologiques, la coexistence fréquente de lésions inflammatoires de la peau et des muqueuses, l'évolution de la maladie, cette explosion de tu-

meurs dont parle Trousseau dans l'adénie, la généralisation d'emblée des néoplasies dans certains cas, leurs variations de volume malgré la marche fatale, la présence de la fièvre qui, vers la fin,, rappelle la fièvre hectique. Pour M. Bard, l'adénie n'est qu'une adénite infectieuse.

D'autre part, on a vu, dans le sang ou dans les organes des leucémiques, des staphylocoques, des streptocoques, un bacille immobile, pathogène pour la souris, des formes cellulaires semblables aux plasmodies (dans les leucocytes, au cours d'une leucémie myélogène); on a observé, dans la lymphadénie cutanée, des streptocoques, dans la lymphadénie splénique, un bacille d'Eberth; dans l'adénie on a constaté tour à tour des staphylocoques, des streptocoques, le pneumocoque, le bactérium coli, le bacille tuberculeux et des microbes indéterminés.

On a fait observer que le tissu lymphoïde était peu différencié; qu'il pouvait se développer à la faveur d'un processus infectieux; que les altérations anatomiques des ganglions étaient loin d'être toujours identiques; que l'inoculation expérimentale a plus d'une fois démontré la nature tuberculeuse d'une adénie. On a ajouté que la leucémie n'était qu'une leucocytose infectieuse maxima, provoquée par l'infection. N'a-t-on pas soutenue, en effet, que la leucémie était d'origine toxique, et qu'elle pouvait être le résultat d'un excès de nucléine dans le sang (Harbaczewski), d'une surabondance de peptone (Köttnitz), d'une auto-intoxication (Vehsemeyer)?

A ces arguments les partisans de la doctrine anatomique répondent que bien des fois on n'a pu constater aucun microbes dans le sang ou dans les tissus, que les microbes trouvés sont d'une grande banalité, qu'ils peuvent avoir été les agents d'une infection secondaire terminale, qu'enfin, malgré toutes les tentatives d'expérimentation, on n'a jamais pu reproduire ni avec les cultures ni avec les parcelles d'organes, un véritable lymphadénôme.

La question n'est donc pas élucidée. On ne peut nier, cependant, que les faits singuliers de leucémie aiguë plaident en faveur d'une origine infectieuse. On ne peut nier, non plus, que, sous l'apparence clinique de l'adénie, se cache souvent la

tuberculose, et probablement d'autres infections. (Parmentier.)

Passons maintenant au traitement. Il est chirurgical et médical. Dans la lymphadénie leucémique on a tenté la splénectomie et la mortalité a été de 100 pour 100. Il n'est pas plus rationnel, dit M. Blum, d'enlever un rate leucémique que d'extirper des ganglions atteints d'adénéopathie secondaire, en respectant la tumeur qui leur a donné naissance. La splénectomie pour splénomégalie avec rate fixe sans tuméfaction ganglionnaire et sans leucémie, donne une mortalité de 72 pour 100. (Vanverts.)

Traitement médical. — On a tout proposé en fait d'hygiène et de médicaments avec des résultats nuls ou à peu près. De tous les médicaments, c'est encore la médication arsénicale qui compte le plus de succès, au moins immédiats.

La liqueur de Fowler est donnée à l'intérieur ou en injections parenchymateuses. Le cacodylate de soude en injection hypodermique devrait être supérieur à la liqueur de Fowler qui finit toujours par donner des troubles d'intoxications que l'on n'a pas avec la médication arsenicale au moyen du cacodylate de soude.

Quoiqu'il en soit, dans tous les cas de guérison rapportés jusqu'à aujourd'hui, l'amélioration n'a pas duré et, dans chaque cas, la maladie est revenue terminer la scène.

Je regrette, Messieurs, de ne pas pouvoir vous présenter la malade dont je vais maintenant vous lire l'observation.

J'ai cependant fait faire une photographie qui pourra probablement vous intéresser.

Observation. — Il s'agit d'une Canadienne-Française, âgée de 34 ans et mère de plusieurs enfants.

Elle me fut adressée à l'Hôtel-Dieu, par mon ami M. le docteur Laurier, qui l'observait depuis quelque temps. On ne trouve pas grand'chose dans ses antécédents héréditaires. Son père est bien portant et est âgé de 45 ans; sa mère qui a eu 13 enfants n'a jamais été malade.

Mariée à 17 ans, notre patiente a eu 9 enfants dont cinq sont morts de méningite et de diphtérie.

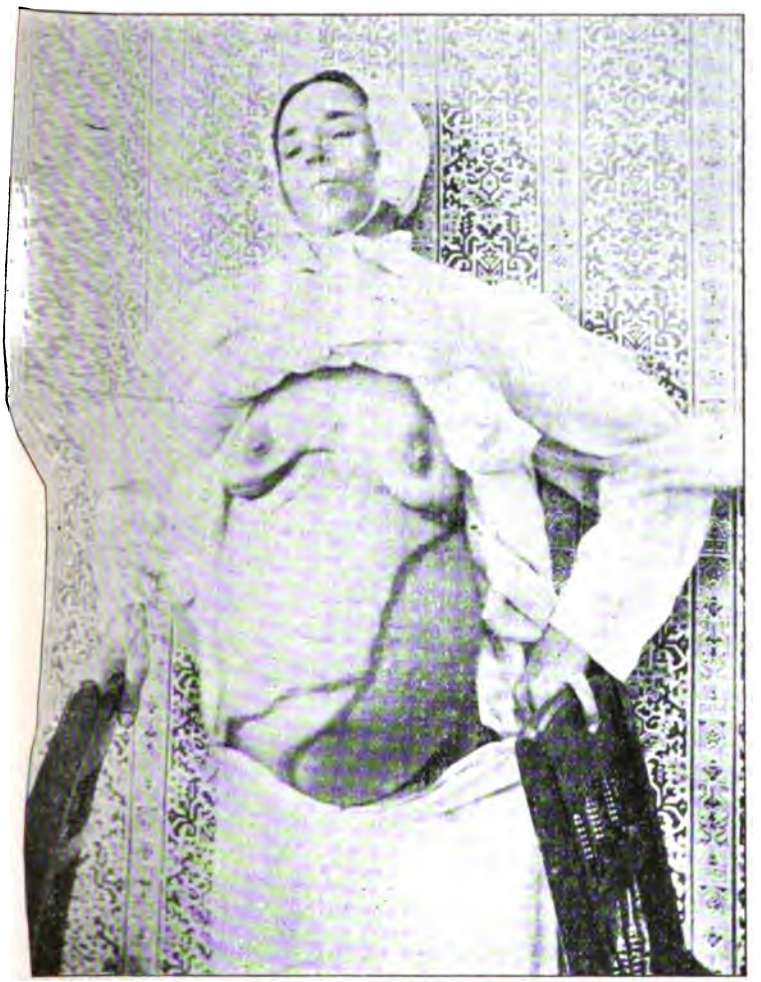
Jusqu'à l'âge de 22 ans elle n'avait jamais été malade; elle eût alors une maladie grave d'une durée de cinq semaines avec perte de connaissance pendant les trois premiers jours.

J'ignore absolument la nature de cette maladie, bien que la malade nous dise qu'il s'est agit d'inflammation de cerveau. Tous les ans elle aurait, parait-il, de petites attaques semblables. A l'âge de 24 ans, elle commença à souffrir d'une entérite assez grave, qui dura pendant deux années entières. Elle avait jusqu'à dix ou douze selles par jour avec de grandes douleurs intestinales. Depuis cette époque notre malade a toujours eu de la diarrhée: 3 ou 4 selles par jour, mais sans aucunes douleurs. A l'âge de 32 ans elle a fait une poussée de rhumatisme à localisation plantaire, avec des douleurs assez fortes pour l'empêcher de marcher pendant trois semaines. L'hiver dernier à la suite d'une attaque de *grippe (?)* elle est devenue très faible et a commencé à tousser. Sa menstruation a cessé brusquement et n'est pas reparue depuis. Elle constata dès lors de l'œdème des jambes, du bras et du sein gauche, qui a persisté jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Bien qu'elle prétende avoir maigri beaucoup, elle est encore grasse. Elle est de taille moyenne, son teint est pâle, gris sale, ses lèvres sont bleuâtres. Du côté gauche du cou, siègent de nombreux ganglions hypertrophiés formant une chaine qui s'étend de l'oreille à l'épaule en envoyant un prolongement dans la région sous-maxillaire du même côté. Du côté droit les ganglions sont moins nombreux et moins gros.

On trouve d'autres ganglions dans la région axillaire gauche et droite, mais plus à gauche. Pas de ganglions hypertrophiés dans l'aine d'un côté ou de l'autre. Il y a sûrement des ganglions augmentés de volume dans le médiastin et cela à cause de la matité que l'on trouve en avant et en arrière vis-à-vis le médiastin, à cause de la toux spasmodique, coqueluchoïde, de la coloration violacée des lèvres produite par la compression veineuse, à cause des accès de dyspnée, de la diminution du murmure vésiculaire dans le poumon gauche et d'un souffle bronchique qui s'entend surtout à gauche et en arrière. Il n'y a pas de troubles pupillaires ou de la parole.

La rate est augmentée de volume, son grand axe mesure 25 centimètres et son petit axe 16 centimètres. Le foie est également augmenté de volume et mesure 18 centimètre de hauteur dans la ligne mammaire. Ces deux organes peuvent facilement



être délimités par le palper. L'hypocondre gauche est très sensible depuis le début de sa maladie. On ne sent pas de ganglions hypertrophiés du côté du mésentère. L'examen du cœur a révélé une sténose mitrale, et l'analyse des urines a dé-

célé un peu d'albumine. La quantité d'urine passée dans les 24 heures est toujours supérieure à 1000 grammes bien que la malade ait toujours de la diarrhée et un peu d'œdème des extrémités. J'ai fait une analyse du sang de cette patiente et j'ai trouvé 50 pour 100 d'hémoglobine, 4,290.000 globules rouges et 142.500 globules blancs. Le nombre de globules rouges correspond à une anémie du premier degré; les globules blancs sont évidemment en trop grand nombre.

En effet, au lieu d'avoir un globule blanc pour 300 ou 500 globules rouges il y a un globule blanc pour 30 globules rouges. L'augmentation leucocytaire porte surtout sur les lymphocytes polynucléaires. J'ai trouvé quelques globules rouges nucléés.

Tous ces symptômes cliniques nous affirment l'existence d'une lymphadénie leucémique.

Cette malade fait remonter sa maladie à de grandes peines morales qu'elle a eues il y a déjà longtemps. Son mari, cultivateur à l'aise vendit sa ferme pour venir s'établir à Montréal et faire du commerce. Ils furent malchanceux, et perdirent tout leur avoir au lieu de s'enrichir comme ils l'espéraient. Ces malheurs ne vinrent pas seuls et la maladie emporta plusieurs de leurs petits enfants. Est-ce là une cause suffisante pour expliquer l'origine de cette lymphadénie? Evidemment non, puisque cette triste histoire de malchance est celle de plusieurs familles sans que, pour cela, la lymphadénie frappe ces malheureux chaque fois. Mais les auteurs se plaisent à donner cette cause comme assez importante et j'ai cru qu'il valait mieux la signaler en passant. La grippe est reconnue comme une autre cause déterminante, et notre malade en a souffert assez sévèrement.

Il ya enfin cette entérite grave de si longue durée dont il faut tenir grand compte. En effet, on la trouve citée dans presque tous les cas de lymphadénie, surtout dans la forme splénique. Or, dans notre cas, la rate est notablement hypertrophiée. Nous avons donc là un ensemble de causes suffisantes pour expliquer l'origine de l'affection dont souffre cette femme. L'évolution de la maladie semble ici avoir subi un moment d'arrêt et même s'il faut croire notre malade les ganglions ont diminué de volume. La chose est possible d'autant plus que

mon ami le docteur Laurier lui a fait suivre un traitement à l'arsenic pendant assez longtemps. J'ai dû cesser ce traitement à son entrée à l'hôpital parce qu'elle commençait à présenter des symptômes d'intoxication. Je me propose cependant de le reprendre bientôt si la malade peut continuer son séjour à l'hôpital.

J'ai voulu profiter de cette communication pour vous présenter ce soir la photographie d'une malade que j'ai eue dans mon service l'an dernier. Cette patiente souffrait d'une lymphadénie leucémique des plus prononcée. Elle ne séjourna que quelques jours à l'hôpital et je n'ai eu que le temps de prendre quelques notes d'observation que j'ai perdus depuis. Agée de quarante ans environ, elle venait d'une campagne éloignée de Montréal. Très pauvre et obligée de subvenir à l'entretien de cinq ou six enfants et de son mari aveugle, cette pauvre femme avait traversé bien des misères et souffert beaucoup de privations. Elle se présentait à l'hôpital avec l'espérance de se faire enlever les tumeurs qu'elle sentait dans son ventre. Vous pouvez avoir une idée du volume de sa rate et de son foie, par cette photographie. Il était facile de sentir ces organes à travers la paroi abdominale amincie. Le bord gauche du foie s'enfonçait sous la rate et celle-ci occupait tout l'hypocondre gauche. Le foie descendait presque dans le bassin. La malade nous avoua avoir eu une grossesse menée à terme, depuis qu'elle sentait ces deux tumeurs. On ne trouvait pas de ganglions hypertrophiés, dans les régions cervicales, axillaires ou inguinales. L'analyse du sang fût faite et je me rappelle que le pourcentage d'hémoglobine était très faible de 20 à 30 pour 100. Les globules rouges très diminués en nombre ne comptaient plus que 4 pour chaque globule blanc. Parmi ces derniers il y a un nombre considérable de cellules éosinophiles et de myélocites. Vous pourrez facilement en juger par l'examen de cette préparation sèche que j'ai faite de son sang, et que j'ai mise sous le champ du microscope.

Je termine en attirant votre attention sur la nécessité de bien examiner tous les organes des malades qui se présentent à nous.

De cette façon là seulement les cas de lymphadénie, surtout au début, ne passeront pas inapperçus.

LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE A L'HOPITAL NOTRE-DAME (1)

Par J.-A. LESAGE

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Dans un travail antérieur (2), je disais qu'il n'y avait pas de traitement spécifique de la fièvre typhoïde. Mais une étude comparative des statistiques publiées dans les différents pays d'Europe et d'Amérique m'avait permis de conclure, chiffres en mains, que la méthode par les bains froids, dite de *Récamier-Brand*, était supérieure à toutes les autres et qu'elle méritait d'occuper la première place dans la thérapeutique de cette affection. " Le traitement par les bains froids, dit Glénard, est une de ces armes précieuses, trop rares, qui rendent le médecin maître de la maladie et qui lui donnent courage dans l'accomplissement de sa haute mission humanitaire."

D'autre part, j'insistais tout particulièrement sur la *cure d'alimentation* venant aider la cure par le *bain froid*, et j'affirmais que les deux méthodes réunies concourent au même but à savoir, empêcher les progrès de l'intoxication, l'une en maintenant la température aussi basse que possible, l'autre en compensant les pertes occasionnées par la dénutrition qui est un phénomène constant dans les grandes pyrexies.

Depuis ce temps, j'ai eu l'avantage avec M. le docteur Gauthier et le professeur Demers, d'appliquer les deux méthodes préconisées antérieurement, et je suis heureux de dire qu'elles ont pleinement réalisé les espérances que nous avions fondées sur elles.

I. ALIMENTATION.

Pourquoi est-il important, urgent même, de donner aux typhiques une nourriture aussi réconfortante que possible?...

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 14 janvier 1901.

(2) Voir UNION MÉDICALE DU CANADA, octobre et novembre 1899.

Parce que les pertes sont quatre à cinq fois plus considérables qu'à l'état normal.

Vaquez, dans une très belle étude (1), a démontré qu'un grand nombre de typhiques mouraient avec tous les symptômes de la faim.

En effet, Messieurs, il est habituel de lire sur les ordonnances, ou même d'entendre dire que la diète lactée est de règle dans la plupart des cas. C'est un reste de l'école de Broussais, car à cette époque, tous les typhiques étaient soumis à une diète absolue et néfaste. Il est facile de se convaincre que l'inanition prend une part trop grande à la symptomatologie de la fièvre tyhoïde et que les typhiques ne sont pas nourris comme ils ont le droit et le pouvoir de l'être.

Prenons le *lait*. Quelle est la ration d'entretien journalière pour l'homme sain? On admet généralement que l'équilibre entre les recettes et les dépenses peut être maintenu avec trois à quatre litres de lait de vache. Même à ce taux, si les albuminoïdes sont en proportions suffisantes, les graisses en excès, les hydrates de carbone sont en déficit.

Or, chez le fébricitant, il est prouvé que les pertes sont énormes, et que l'assimilation est diminuée.

Sassetzky et Uffelman ont constaté que la perte en azote, par les fécès, varie de 3 à 8 % à l'état normal chez l'adulte, tandis qu'elle atteint les chiffres de 24 à 35 % chez l'adulte à l'état de fièvre aiguë. Il est facile de se convaincre, d'après ces chiffres, que les deux litres de lait que l'on prescrit trop souvent sont tout-à-fait insuffisants pour permettre aux typhiques de lutter avec succès contre les pertes organiques; c'est une véritable ration d'inanition. " Sans parler de la perte de poids, dit Vaquez, parfois trop considérable, et qui témoigne du trouble profond apporté à l'organisme, il est certain que l'on constate souvent, chez les malades, quelques-uns de ces symptômes que les anciens mettaient avec juste raison sur le compte de l'inanition plutôt que sur celui de la fièvre typhoïde ".

En effet, Messieurs, le délire, la petitesse du pouls, la sécheresse de la langue, les congestions passives du poumon, la ten-

(1) Voir *Presse Médicale*, avril 1900.

dance aux escarres et aux troubles trophiques sont des symptômes que nous avons tous observés trop souvent et qui ont été expérimentalement démontrés chez des animaux inanitiés.

Ce sont des phénomènes que l'on n'observe pas chez les typhiques convenablement alimentés. D'où l'on conclut que la suralimentation est indispensable chez ces malades.

Mais on m'objectera peut-être que cette méthode peut faire courir aux malades les dangers d'une perforation intestinale; l'intestin lésé se prête peu aux phénomènes de la digestion ordinaire, il faut limiter son travail d'absorption. Je répondrai que le régime lacté exclusif ne fait pas disparaître le danger; au contraire, il est démontré que c'est le lait qui donne les fécès les plus considérables, tandis que le résidu de la viande ne donnerait que 17 grammes d'excréments solides pour 120 grammes de viande fraîche.

Il est donc permis, tout en conservant le lait, d'en diminuer la quantité et d'ajouter certains aliments qui, tout en n'augmentant pas le travail de la digestion, recupèrent les forces, rendent la tâche plus facile pour le médecin et la lutte moins inégale pour le malade.

J'ai vérifié l'exactitude de ces renseignements dans le service de médecine à l'Hôpital Notre-Dame.

Quels sont les *Aliments* que nous pouvons ajouter au lait, sans danger pour les typhiques?...

D'abord, les soupes à la farine — racahout, farine d'avoine, lorsqu'elle n'est pas laxative pour le malade, farine de riz, en cas de diarrhée trop abondante. Dans les potages au lait, il est permis d'ajouter un jaune d'œuf, une cuillerée à café de *somatose*, de *tropon*, ou encore de *protose* (poudres de viandes peptonisées et finiment pulvérisées). Les gelées de viandes, le jus de viande frais, sont très bien supportés. Il en est de même des bouillons dégraissés.

A ces aliments nous pouvons ajouter, lorsque la température décroît, des viandes râpées (mouton, jambon). Plus tard, après l'apyrexie complète, — 2 ou 3 jours — on donne les soupes légères, des pommes de terre. Puis la convalescence arrive

avec ses menus choisis parmi les aliments ordinaires, les plus légers et en petite quantité.

Telle est la méthode que nous avons suivie dans notre service et elle s'est généralisée à cause des bienfaits qu'on en a retirés...

Quant aux *liquides*, nous les avons donnés en *abondance*. En effet, plus les malades boivent, plus la diurèse est forte, moins l'intoxication se généralise; c'est le grand moyen, pour faire le lavage du rein, ce grand émonctoire de l'organisme. Nous avons vu, en France, le professeur Debove, ériger cette pratique en méthode et administrer six à sept litres de liquide par jour à un seul malade. Il a obtenu, par ce seul moyen, des résultats magnifiques.

Les limonades au citron, le café au lait, le thé faiblement aromatisé, l'eau bouillie, les vins de Bordeaux sont tous des adjuvants précieux dans la suralimentation du typhique.

C'est de tous ces adjuvants que nous nous sommes aidés dans l'alimentation de nos malades.

Voici le menu d'une typhique, tel qu'il est annoté par la Sœur hospitalière, sur la feuille d'observation de Jeanne T... couchée au n° 59 de la salle Ste-Marie.

AOUT 1er.

7 h. a.m. — Une tasse de café au lait.
8 h. a.m. — Un verre de lait et une cuillerée à thé de protose.
10 h. a.m. — Une soupe à la farine d'avoine.
11 h. a.m. — Un verre de lait.
12 h. a.m. — Une tasse de lait de poule (1), une cuillerée à thé de protose.
2 h. p.m. — Une tasse de bouillon dégraissé.
3 h. p.m. — Une soupe à la farine d'avoine.
5 h. p.m. — Un verre de lait — protose.
8 h. p.m. — Un verre de lait.
De l'eau à discrétion, des limonades aux citrons dans l'intervalle.

Tel est le régime d'une jeune fille de 19 ans, typhique, au dixième jour de sa maladie. Elle a une température qui oscille entre 100° F., et 103° F., sous l'influence des bains froids.

Le même régime alimentaire a été suivi par tous les autres typhiques.

(1) Le lait de poule consiste dans une tasse de lait contenant un jaune d'œuf battu, très peu de sucre une cuillerée à thé de cognac ou du vin.

II. Bain froid.

Je dirai la même chose du bain froid, c'est, sans contredit, le meilleur moyen de combattre la fièvre chez les typhiques. Je serai très bref, ici, j'y ai consacré déjà des développements suffisants avec statistiques à l'appui.

Une seule de nos malades n'a pas pu, ou plutôt, s'est montrée réfractaire au bain froid. Chaque bain était suivi d'un frisson intense, avec cyanose des lèvres et de la face. C'était une femme de 37 ans, nerveuse, hystérique. Nous avons essayé de remplacer le bain froid par le bain chaud graduellement refroidi, ou méthode de Bouchard, mais sans plus de succès. Nous croyons volontiers qu'il y a eu, chez elle, un déploiement de scènes simulées pour nous forcer de cesser ce mode de traitement. Nous n'avons pas insisté davantage.

Chez tous, nous avons observé des effets merveilleux.

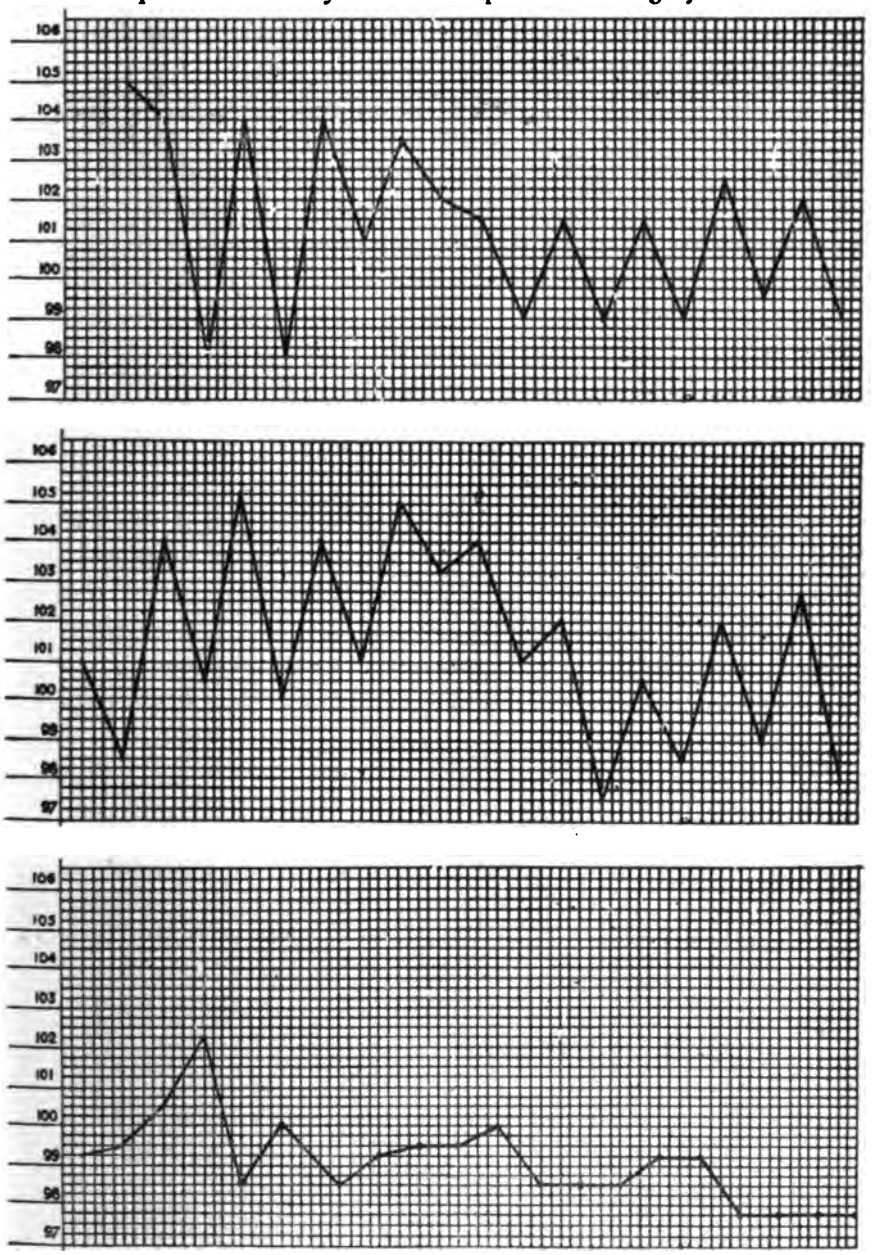
Tout typhique dont la température dépassait 102° F., était mis au bain froid à 78° F., pour le premier bain; on abaissait graduellement dans les bains subséquents, jusqu'à 68° F. On suivait la méhtode classique: douches sur la tête, frictions légères sur les membres, etc. La durée du bain était de dix minutes à un quart d'heure. Le malade était mis dans son lit sans être essuyé, des bouteilles d'eau chaude aux pieds et d'épaisses couvertes sur tout le corps. On obtenait ainsi, à chaque fois, un abaissement de température de deux ou trois degrés. J'ai vu, plusieurs fois, la température tomber de 103° F., à 98° F., ¾ d'heure après la sortie du bain.

Il est très curieux en effet de suivre la courbe de la température chez le typhique baigné régulièrement. J'ai apporté, à dessein des feuilles de température qui démontrent à l'évidence l'influence du bain sur celle-ci.

De plus, nous avons eu le grand avantage de suivre jour par jour la marche de la fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique chez deux jeunes gens âgés, l'un de 20 ans, qui fut traité par les bains froids et l'autre, de 25 ans, qui fut traité par l'expectation.

Le dernier, de 25 ans, arriva dans notre service à l'hôpital avec une fièvre élevée. L'irracibilité de son caractère ne lui

fit accepter le bain qu'avec répugnance. Néanmoins, nous le lui imposâmes. Il s'y refusa complètement le 3e jour. Il se fit



Ces trois graphiques indiquent la marche de la température au début, au milieu et à la fin de la maladie. J'ai laissé de côté les courbes intermédiaires qui se rapprochent de celles-ci. Le maximum indique le chiffre de la température avant le bain ; le minimum indique la chûte de la température, environ une demi-heure après le bain, lorsque la réaction s'est faite. L'espace de temps qui s'est écoulé entre chaque bain a varié entre deux et cinq heures.

transporter dans une autre salle, où nous pûmes le suivre quoiqu'il ne fût point sous nos soins. Il fut remplacé immédiatement le lendemain, par un jeune homme de vingt ans à peu près, présentant des signes d'imbécillité.

Détail pathogénique intéressant, ce dernier tomba presque aussitôt dans le délire. Bains froids, suralimentation, toniques, injections salines, tel fut le traitement général qui fut suivi avec soin. J'ai apporté ici, la feuille de température. Elle démontre l'influence de l'eau froide. La lutte a été longue mais la guérison était complète après 60 jours. C'est un des cas les plus graves que nous ayons eus. Délire constant, diarrhée profuse.

Je remarque, en passant, que ce malade, qui est imbécile, délire du commencement à la fin de sa maladie. On dirait que la fièvre typhoïde s'ingénie à dépister l'organe affaibli déjà par d'autres causes antérieures ou par hérédité.

Nous avons fait les mêmes observations chez des cardiaques et des pulmonaires. Quant à l'autre, il délira dès qu'il eut cessé les bains, et il mourut au 12e jour de sa maladie.

Je vous laisse le soin de tirer des conclusions. Mais ces deux malades ont été pour nous d'un grand enseignement.

Je me permettrai quelques remarques générales à propos du bain froid.

Il est dangereux de plonger un typhique dans un bain à une température au-dessous de 75° F., pour la première fois. La réaction est beaucoup trop vive, et on expose à des syncopes chez ceux qui ont un muscle cardiaque affaibli, ou à des perforations intestinales, chez d'autres qui ont un intestin friable. Nous en avons observé deux cas. Ayez une eau qui soit à une température de 78° ou 80° F., pour les premiers bains, l'effet est aussi prompt, en tout cas, il est moins téméraire d'agir ainsi.

Le temps qui s'écoule entre deux bains est variable. Certains typhiques devront être baignés toutes les deux heures, d'autres toutes les trois heures; nous avons des observations de malades qui ont mis sept heures entre le premier et le second bain.

Il faut toujours se guider sur la température: lorsqu'elle dépasse 102° F., donnez le bain.

Les complications habituelles: néphrite, congestion pulmonaire, entérorragie de la première période ne nous ont pas empêchés de donner les bains régulièrement, et les malades en ont retiré les plus grands bénéfices.

III. Médication.

1° *Les antiseptiques intestinaux* ont été donnés dans le but ordinaire. Ce sont des adjuvants précieux et qui rendent certainement des services. Nous avons donné tantôt le bismuth, tantôt le benzo-naphtol à la dose de 0 g. 50 centig., toutes les trois heures. Mais c'est surtout l'acide borique à la dose de 0 g. 50 centig., toutes les trois heures que nous avons employé. Nous avons choisi de préférence cet antiseptique à cause de son prix peu élevé; il nous a donné de bons résultats et nous le recommandons dans la pratique générale.

2° *Les toniques cardiaques* jouent un rôle important, et nous leur devons plus d'un succès. Si l'on se rappelle la fréquence et la gravité de la myocardite typhique, on comprendra facilement la nécessité pour le médecin de surveiller le cœur.

C'est le pouls qui doit nous guider.

Le *dicrotisme* est un phénomène *constant* dans la fièvre typhoïde, il indique que le myocarde se fatigue; il faut agir promptement pour prévenir tout danger.

J'ai apporté ici le tracé que donne un pouls dicrote au sphygmographe. Il est type et c'est celui que nous rencontrons le plus souvent. Il nous est arrivé de dépister la fièvre typhoïde au début par ce seul signe.

(Graphique d'un pouls dicrote chez un typhique.)

Le tonique que nous donnons le plus souvent est le camphre en injections sous-cutanées.

Camphre.... .... 10 grammes,
Huile d'olive stérilisée... ... ... 100 grammes.

30 gouttes toutes les 3 heures en injections sous-cutanées dans le bras, la

jambe, ou dans le flanc. On peut lui associer la strychnine lorsque le pouls est très rapide et mou.

Sulfate de strychnine.... .... 0 g. 05 centigr.
Eau bouillie.. ....200 g.

Une cuillerée à thé toutes les quatre heures, excepté la nuit.

Lorsque le pouls s'est ralenti, 75, 80, 85, on suspend la strychnine pour la prescrire de nouveau si c'est nécessaire.

Par exception, nous avons donné la caféine et la digitaline cristallisée en solution alcoolique, dans deux cas.

3° Les *astringents* ont été employés dans deux cas d'entérorragie du début. Nous avons injecté la gélatine qui nous a déjà rendu des services signalés dans d'autres circonstances.

Gélatine (1).... .... 5 grammes,
Eau salée à 7 p. 1000.... .... 100 grammes.

Porter à l'ébullition durant un quart d'heure.

En injections sous-cutanées dans le flanc, 30 grammes On peut répéter la dose douze heures après si c'est nécessaire.

4° *Les injections salines* à 7 $^0/_{00}$ ont été employées dans quatre ou cinq cas. Elles sont indiquées dans la forme ataxo-adynamique. Nous les avons données à ce jeune homme dont je vous ai rapporté l'observation plus haut, tant en injections rectales qu'en injections sous-cutanées dans les flancs. Il en a reçu à peu près 3000 grammes, et nous estimons que c'est grâce à tous ces moyens que nous avons pu le ramener à la santé.

5° *Les expectorants* ont été donnés dans les complications pulmonaires, bronchites, congestions reflexes ou hypostatiques.

Le carbonate d'ammonique à la dose de 0 g. 50 centig., toutes les quatre heures dans la pneumonie congestive agit bien. La terpine dans les bronchites simples.

Terpine.. .. ..25 centigrammes.
Codéine. .. .. 1 centigramme.

Pour une capsule. Ou bien une pilule, 4 à 5 par jour entre le repas.

(1) Il faut avoir soin de bien lâver la gélatine dans de l'eau bouillie avant de la faire dissoudre dans l'eau salée à 7 pour 1000. C'est une précaution très importante.

Il faut naturellement faire une désinfection rigoureuse de la bouche par le chlorate de potasse en solution à 2% et du nez par la pommade boriquée.

La *phlébite* a été observée dans trois cas, dont deux chez les femmes. Nous les avons immobilisés au lit durant 30 jours à partir du début, la jambe enveloppée dans une compresse imbibée du chlorydrate d'ammoniaque suivant la méthode de Pinard.

A ce propos, on a critiqué récemment la méthode de l'immobilisation dans ces cas. Dragon, dans un article analysé par M. Hervieux (1) prétend que cette méthode ne produit bien souvent " que raideur, ankyloses et paresses musculaires qui font qu'il est très pénible et quelquefois impossible de retrouver les fonctions d'un membre dont l'usage a été trop longtemps supprimé." D'autre part, Vaquez, dans une communication récente (2) conseille l'immobilisation absolue dans une gouttière de Bonnet pendant les vingt jours qui suivent le début d'une phlébite des grosses veines du membre inférieur. Après ce temps, si l'œdème disparaît, ainsi que la douleur des veines accessibles, il prescrit des frictions superficielles dans le but de favoriser la circulation des réseaux veineux de suppléance. Du 25e au 35e jour il fait le massage des muscles, en évitant les gros troncs veineux. Au 35e jour, le malade se lève, la jambe enveloppée dans un simple crêpe de Velpeau.

Une nouvelle poussée, caractérisée pour une élévation subite de la température, etc.... oblige aux mêmes procédés. On recommence.

Ordinairement, les malades sont rétablis au bout de cinquante jours.

C'est la méthode que nous avons mise en pratique à l'hôpital. Deux malades ont été immobilisées durant quarante jours; tous sont sortis guéris en moins de soixante jours.

L'*albuminurie* est presque constante. Nous l'avons rencontrée 28 fois sur quarante. Elle apparaît toujours dans le second septénaire pour disparaître à la convalescence.

(1) Voir *Union Médicale*, sept 1901, p. 689.

(2) *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 10 déc. 1900,

Nous n'avons rien modifié, dans aucun cas, à cause de cet accident, ni dans le régime alimentaire, ni dans le bain.

Le *séro-diagnostic* a été positif dans tous les cas, moins un. Etait-ce dû à la culture qui était vieille, peut-être. En tout cas, c'est une réaction tardive; elle apparaît exceptionnellement avant le 8e ou le 10e jour de la maladie. Je me rappelle un cas où la réaction a été négative durant tout le cours de la maladie. Je maintins le diagnostic de fièvre typhoïde avec le traitement approprié et ce ne fut qu'à la troisième semaine que la réaction fut positive.

L'observation démontre qu'il faut grouper les signes cliniques, qui sont assez nombreux, et s'efforcer de faire le diagnostic précoce afin de donner au malade le bénéfice du traitement dès les premiers jours. Au reste, je suppose, pour un instant, que vous ayez affaire à un cas de gastro-entérite fébrile, ou même de grippe, le bain froid ne fera aucun mal à votre malade. C'est ce qui m'est arrivé dans un cas. Après quatre jours, le malade était bien et sa gastro-entérite aiguë futjugulée par le bain.

Telles sont messieurs les quelques remarques que je voulais faire avant de présenter mon rapport pour la session de juillet 1900 à janvier 1901 exclusivement.

Nous avons suivi exactement les règles que je viens d'énoncer.

IV Statistique.

Nous avons traité, en tout, quarante typhiques dont une est morte de pneumonie double streptococcique à la suite d'une infection puerpérale.

Une jeune fille est morte le jour même de son entrée et un jeune homme a succombé à une péritonite par perforation cinq jour après son admission.

En réalité je pourrais me dispenser de compter la 1re malade morte accidentellement, néanmoins, laissons-la, nous avons donc une mort sur quarante cas: ce qui fait un taux de mortalité évalué à 2.5%.

Comparons avec les années précédentes. Voici le tableau

des mortalités par fièvre typhoïde depuis la fondation de l'Hôpital Notre-Dame:

	Admis	Morts	Percentage
1880-81	9	1	11 p. c.
1882-83	19	3	16 p. c.
1883-84	14	3	21.4 p. c.
1884-85	35	3	8.5 p. c.
1885-86	39	5	12.8 p. c.
1886-87	30	5	16.6 p. c.
1887-88	47	10	21.3 p. c.
1888-89	59	4	6.9 p. c.
1889-90	51	5	9.8 p. c.
1890-91	38	4	10 p. c.
1891-92	20	4	20 p. c.
1892-93	23	3	13 p. c.
1893-94	28	7	25 p. c.
1894-95	19	3	16 p. c.
1895-96	49	9	18 p. c.
1896-97	37	5	13 p. c.
1897-98	42	10	24 p. c.
Total	583	84	

Ce qui donne une mortalité moyenne de 14%.

1900, du 1er juillet au 31 décembre:

Admis	Morts	Percentage
40	1	2.5 p. c.

Ainsci 2%, voilà le résultat que nous avons obtenu avec le traitement que j'ai exposé en détail plus haut.

Ce tableau nous justifie de toute critique. Il prouve à l'évidence la supériorité de la méthode et l'urgence de la mettre en pratique dans tous les cas où il est possible de le faire.

Au reste, elle devrait être en vigueur dans *tous les hôpitaux modernes.*

A l'Hôpital Notre-Dame, nous avons toute la latitude voulue pour en faire l'application, et nous sommes aidés de Sœurs Hospitalières intelligentes et dévouées, auxquelles je reconnais tous les mérites et dont plusieurs ont pu apprécier la valeur.

V Conclusions.

1° La suralimentation dans la fièvre typhoïde est importante et contrecarre les progrès de l'intoxication en empêchant la dénutrition;

2° Le bain froid est le meilleur antithermique dans ces cas. La température de l'eau doit être de 78° à 80° F., pour le premier bain; on peut l'abaisser à 68° F., pour les bains consécutifs. Le médecin en jugera;

3° La médication sera simple, l'antisepsie intestinale sera un adjuvant précieux.

Le cœur sera l'objet d'une attention particulière de la part du médecin.

REVUE GÉNÉRALE

GRIPPE

S'il est vrai de dire que la grippe est une affection banale qui, chez une personne, saine d'ailleurs, guérit rapidement sans traitement bien énergique, il n'est pas moins juste d'affirmer que les tarés paient un lourd tribut à cette maladie et que, pour ceux-ci, la grippe est une affection excessivement grave à laquelle l'on ne peut consacrer trop de soins et qui ne peut être négligée qu'au risque d'un très grand péril.

L'on ne connaît pas encore d'agent spécifique contre le bacille de Pfeiffer, l'on sait de plus que ce bacille est très diffusible, et qu'il peut être transmis et par l'air, et par contact direct. L'on sait encore qu'en temps de grippe, les pyogènes vulgaires et le pneumocoque, qui sont nos hôtes habituels ou qui sont les hôtes de l'air, acquièrent une virulence exceptionnelle et peuvent causer des infections secondaires d'une incontestable gravité.

En temps d'épidémie l'on veillera donc, encore plus qu'à se soustraire à l'atteinte du bacille de la grippe, à se débarrasser de ces germes qui peuvent être l'occasion de complications mortelles. A cette fin, l'on fera fréquemment des lavages de la bouche et des fosses nasales avec de l'eau boriquée ou additionnée d'acide thymique (0.50 p. 100) ou avec toute autre solution antiseptique convenable. Les personnes qui soignent les grippés seront surtout fidèles à ces mesures, jusqu'à un certain point, préventives. Les porteurs de maladies chroniques, les vieillards, chez qui la grippe revêt toujours des allures malignes devront être tenus éloignés des malades atteints d'influenza.

Personne n'est à l'abri des atteintes de la grippe, cependant une vie régulière, des habitudes modérées peuvent contribuer à rendre réfractaire à l'infection grippale.

D'après notre énoncé précédent, ne connaissant pas d'agent

curatif spécifique, le traitement ne pourra être que symptomatique et cependant ce traitement ne sera pas le même pour tous les cas de grippe, la thérapeutique sera appropriée aux différentes formes que revêt l'infection et à l'intensité du mal.

La grippe ne se présente pas toujours de la même manière, et bien souvent si ce n'était la connaissance que nous avons de l'épidémie régnante, il nous serait impossible de rapporter à une même infection la grippe à forme pulmonaire et la grippe à forme nerveuse.

Un lien commun à tous les cas de grippe, c'est l'épuisement nerveux que produit une attaque de grippe si légère et si fugace soit-elle. Nous voyons souvent des malades qui ont à peine été touchés pendant un jour ou deux, présenter une convalescence fort lente, caractérisée par une grande faiblesse musculaire, des névralgies rebelles, de l'inaptitude au travail, etc., en un mot souffrant pendant longtemps d'une neurasthénie d'origine infectieuse, très difficile à faire disparaître. Cette action hyposthénisante de la grippe ne doit pas être perdue de vue et le médecin devra employer tous ses efforts à faire triompher le système nerveux de cet épuisement profond.

La grippe même légère s'annonce toujours bruyamment: haute température, céphalalgie intense, courbatures atroces; elle n'est pourtant pas sérieuse et une dose de quinine ou d'antipyrine suffit à faire évanouir tous ces symptômes tapageurs. G. Lyon dit que la *quinine* et l'*antipyrine* sont les remèdes de choix.

Nous avons aussi une grande confiance dans un mélange de *quinine* et *phénacétine*. Cette dernière est à, moins fortes doses que l'antipyrine, un bon analgésique qui fait rapidement disparaître le symptôme général douleur; c'est de plus un antithermique qui abaisse la température en faisant transpirer abondamment ce qui favorise l'élimination au plus haut degré.

L'on pourra donc prescrire:

Antipyrine....	12 grains,
Chlorhydr. ou bromhydr. de quinine..	5 grains.

En un cachet.

L'on fera prendre trois ou quatre de ces cachets, par jour, selon les cas, à une personne adulte.

Ou encore l'on formulera comme suit :

Phenacétine.... .... 5 grains,
Sulfate de quinine.... ....2 à 4 grains.

Pour un cachet.
Prendre un cachet à toutes les 4 heures jusqu'à effet.

Il est bon de faire suivre l'ingestion de l'un ou l'autre de ces cachets d'un petit verre de grog léger.

Au cours de la grippe les urines ont une tendance à se supprimer rapidement, il sera donc indiqué de faire boire abondamment. L'on vaincra de même la constipation en donnant chaque jour un lavement froid additionné ou non de glycérine. Ces indications se retrouvent dans toutes les formes de grippe.

Les *formes graves* et *malignes* de la grippe exigent un traitement approprié. Ces formes peuvent être classées d'après trois types : selon qu'il y aura prédominance des phénomènes nerveux, cardio-pulmonaires, ou gastro-intestinaux.

Grippe nerveuse. — Les douleurs dans les membres, la courbature revêtent ici un caractère d'intensité extraordinaire, ces douleurs peuvent faire croire à la rachialgie de la variole, elles se manifestent souvent sous forme de névralgies atroces qui durent quelquefois longtemps après que toute fièvre est disparue.

La *quinine* est encore, dans cette forme, le remède de choix, l'*antipyrine* à doses modérées et associées à la quinine. Le *salol*, la *phénacétine*, (huit à dix grains en cachets), le *salophène* (Henning à dose de 15 à 75 grains chez l'adulte et de 15 à 30 grains chez l'enfant). Mais d'après Lyon, il vaut encore mieux, pour combattre ces névralgies, s'en tenir à l'antipyrine qui a fait ses preuves et qui, selon le même auteur toujours, s'est montrée supérieure à ces derniers médicaments mentionnés.

Les frictions avec un *liniment calmant* sont utiles contre les douleurs du dos et des membres.

La *quinine*, les grands bains tièdes à 32°-34°, répétés plusieurs fois par jour, le *bromure de potassium*, le *chloral* chez les

malades qui n'ont pas d'affection cardiaque, seront les moyens mis en œuvre pour combattre le *délire*.

Dans les cas où l'*asthénie* prédomine, il sera indiqué de combattre la *prostration* nerveuse. La strychnine rend alors des services:

Sulfate de strychnine.... .... 1 grain.
Eau distillée.... .... 5 onces,

F. S. A. — 2 à 3 cuillerées à thé par jour.

où:

Sulfate de strychnine... ....⅛ grain.
Benzoate de soude.... ... . 75 grains.
Eau de vie vieille... .... 5 drachmes.
Eau.... .... 3½ onces,

A prendre dans les vingt-quatre heures.

où mieux:

Sulfate de strychnine... .... ⅛ grain.
Eau distillée.... .. .. 2½ onces.

Faire 2 ou 4 injections hypodermiques par jour.

La grippe nerveuse peut quelquefois prendre une *forme bulbaire*, les malades ont alors beaucoup de dyspnée, sans lésions pulmonaires. M. Huchard, conseille alors la *trinitrine* en injections sous-cutanées:

Solution alcoolique de trinitrine au 1/100 . .. ..xl gouttes.
Eau distillée.... .... 2½ drachmes,

Injecter 3 ou 4 fois par jour le 1/4 d'une seringue de Pravaz.

L'affaissement nerveux qui suit cette forme de grippe sera traité par les préparations phosphorées, glycéro-phosphate de chaux, hémoneurose, etc. Ces toniques sont facilement acceptés et ont un effet reconstituant rapide sur le système nerveux.

Avec les symptômes de *pseudo-méningite*, (céphalalgie violente, inégalité pupillaire, torpeur, délire, mâchonnement ,irrégularité du pouls), aux bains tièdes l'on ajoutera des *applications de glace* sur la tête.

Grippe gastro-intestinale. — Ici les symptômes gastro-intestinaux sont prédominants. La langue présente un aspect porcelainé caractéristique (Faisans), ou bien un enduit saburral, bouche amère, anorexie absolue, quelquefois des vomissements

de la diarrhée fétide et même dans quelques cas de la gingivo-stomatite ulcéreuse ou non comme complication.

L'on préviendra tout d'abord les complications du côté de la bouche par des lavages fréquents avec une solution boriquée ou tout autre antiseptique; l'on pourra encore toucher les gencives avec le mélange suivant:

Salol.... .... 1½ drachme.
Vaseline... ... . 1½ once.

S'il y a un boursoufflement considérable des gencives on se trouvera bien des applications d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et de teinture d'aconit.

Contre l'embarras gastrique, il faut au début administrer un purgatif salin ou le calomel. Les vomitifs chez les sujets forts seulement peuvent être administrés au début, chez les autres ils augmenteraient trop l'adynamie.

L'on fera ensuite de l'antisepsie du tube digestif soit par *benzonaphtol*, ou bien par *salophène* (10 grains, 3 fois par jour) ou encore par *salol* (5 à 10 grains, 3 fois par jour). Ces antiseptiques seront administrés seuls ou associés à la quinine en cachets.

Les lavages de l'intestin, un lavement le matin et un le soir sont indiqués. L'on pourra avoir recours à l'entéroclyse associée aux bains tièdes dans la forme pseudo-typhique de la grippe à localisations abdominales prédominantes.

Il est inutile d'administrer des médicaments pour vaincre l'*anorexie*. L'alimentation doit être faite par le lait, les bouillons, les limonades vineuses, etc. Il est nécessaire de faire boire abondamment le malade.

Grippe pulmonaire et cardiaque. — La grippe pulmonaire et cardiaque n'est pas, à proprement parler, une grippe survenant au cours d'affection chronique du poumon ou du cœur. Dans cette dernière le traitement est bien souvent illusoire et la grippe est très souvent fatalement mortelle.

Bien que la grippe puisse prendre une forme essentiellement cardiaque, habituellement cependant les troubles cardiaques sont secondaires à une complication pulmonaire aiguë (conges-

tion, pneumonie, broncho-pneumonie) qui met obstacle à la circulation pulmonaire, détermine la dilatation des cavités droites et une asystolie rapide. Le traitement des symptômes cardiaques ne saurait donc être étranger à celui des complications pulmonaires de la grippe et nous étudierons ces derniers au point de vue thérapeutique.

La *trachéo-bronchite* est la forme la plus bénigne et la plus fréquente (toux quinteuse fatigante est le principal symptôme). L'on pourra calmer cette toux par la codéine, l'aconit, etc.

Le sirop de codéine, à la dose d'une cuillérée à thé, à toutes les 2 ou 4 heures, ou des cachets d'un demi grain de codéine aux mêmes heures.

Si l'on veut administrer l'aconit l'on pourra prescrire l'une des formules suivantes:

Teinture d'aconit.... .... 100 gouttes.
Eau de laurier-cerise.... ... .3½ onces.
Sirop de tolu.... .... 10 onces,
Une cuillerée à dessert répétée plusieurs fois dans les 24 heures.

ou encore:

Sulfate de quinine... .... } ââ 30 grains.
Extrait de quinquina.... .... }
Extrait de racine d'aconit..... .... 2 grains.
Pour 20 pilules: 3 pilules deux fois par jour. (*Huchard*).

Les vaporisations d'eau boriquée chaude additionnée de benjoin, de menthe, etc., sont très utiles. L'on peut encore charger l'atmosphère de la chambre du malade de vapeurs de goudron et laisser le malade continuellement dans cet air médicamenté.

La bronchite avec expectoration rare, difficile, sera traitée par les expectorants nauséeux et les fluidifiants. Nous avons à notre disposition l'ipéca à doses nauséeuses associé à l'extrait thébaïque ou simplement le dover à petites doses, la scille, les ammoniacaux, etc.

Si au contraire l'expectoration est abondante et purulente, nous aurons recours aux balsamiques, aux térébenthinés. La terpine est ici un excellent médicament en pilules ou en cachets à la dose de 3 à 5 grains, 3 à 5 fois par jour.

Lorsque l'expectoration est franchement purulente, la créo-

sote de hêtre tarit rapidement cette sécrétion. Il faut cependant s'abstenir de la créosote et en général des balsamiques irritants et insister plutôt sur la médication tonique si l'on a affaire à une forme traînante simulant la tuberculose.

Contre la *congestion pulmonaire*, Grasset recommande d'abord l'ipéca à hautes doses comme médicament de choix.

Ipécac... .. .. 30 grains,
Ecorce d'orange amère.... .... 60 grains.
Eau bouillante.... .... 3½ onces.

Laissez infuser, et ajoutez :

Sirop de polygala ou de fleurs d'oranger. . . . . 1 once.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Cette potion est généralement bien supportée; elle est contre-indiquée quand l'adynamie est profonde.

La poudre de Dover associée à la quinine remplit aussi le but. La révulsion, inutile dans les formes plus graves, est utile quand il n'y a que simple congestion.

S'il y a des hémoptysies abondantes l'on aura recours à l'injection d'ergotine. Avant tout, il importe de soutenir le cœur par les stimulants et les toniques cardiaques.

Contre la pneumonie et la broncho pneumonie, il faut mettre en œuvre les moyens de traitement de la pneumonie que nous avons déjà publiés dans un numéro précédent et insister surtout sur l'emploi des stimulants alcooliques, et tonifier le cœur énergiquement par des injections de caféine, de sparténie, d'éther, de strychnine, d'huile camphrée.

S'il existe de l'asystolie aiguë par dilatation, l'on aura recours à une dose de digitaline d'un demi-miligramme précédée ou non d'une légère saignée, mais l'on ne répètera pas cette dose de digitaline le jour suivant.

Les autres complications de la grippe de moindre importance v. g., celles qui surviennent du côté des yeux, des oreilles, du nez, etc., requièrent le traitement spécial ordinaire à chacune de ces affections.

Remarquons encore une fois que l'on pourra la plupart du temps prévenir ces affections locales compliquant la grippe en recourant dès le début aux soins d'antisepsie convenables.

H. Hervieux.

ACTUALITÉS MÉDICALES

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET NON HÉRÉDITE

Le congrès anti-tuberculeux convoqué à Ottawa, sous le haut patronage de Lord Minto, a passé une résolution adoptée à l'unanimité, dans laquelle il est dit: " Considérant surtout l'enseignement scientifique qui prouve à l'évidence la ***non hérédite***, la curabilité, aussi bien que le peu de danger de contagion pour les tuberculeux, au début de la maladie."

Voilà une déclaration qui semble être empreinte du cachet ineffaçable de l'ex-cathédrà, puisque nous la voyons prononcée par une convention, où figurent quelques sommités médicales de notre pays.

" *L'enseignement scientifique qui prouve à l'évidence la non-hérédité de la tuberculose.*" est-ce bien vrai cette affirmation? le contraire nous a pourtant toujours été enseigné; voilà qui nous parait beaucoup plus évident. Voyons un peu.

Le professeur Straus, dans son savant ouvrage " La tuberculose et son bacille ", dit: " S'il est une notion solidement établie en médecine, c'est celle de l'hérédité de la tuberculose."

Il y a deux sortes d'hérédité: l'hérédité de graine, nous affirme Landouzy, et l'hérédité du terrain, ajoute Bouchard.

L'hérédité directe, de graine, l'hérédo-contagion, est prouvée par des faits cliniques nombreux, cités par Charrin, Basti, Neckel, Jacobi, Sabouraud, Landouzy et ses élèves.

Elle est prouvée également par des faits expérimentaux. Les fœtus ne présentent à l'œil nu, bien souvent, aucune altération, et rien ne pouvait faire prévoir, qu'en inoculant une partie de leurs organes à des cobayes, on rendrait ceux-ci tuberculeux; cependant, la tuberculose fut inoculée. Ces fœtus contenaient des bacilles, disent les expérimentateurs, mais ils n'avaient pas eu le temps d'organiser des lésions tuberculeuses: macroscopiquement les organes étaient sains, microscopiquement, non.

Les placenta tuberculeux sont fréquents; ce sont eux qui ont servi souvent à faire les inoculations; le dernier numéro de l'UNION MÉDICALE, cite un cas de ce genre, analysé dans les archives de Médecine des Enfants, l'an dernier: devant un seul fait prouvé, toutes les négations tombent.

Non, l'hérédité de graine, ne peut être niée sans faire une erreur doctrinale.

L'hérédité indirecte est encore moins discutable.

L'enfant vient-il au monde tuberculisable? Oui, nous répondent encore Charrin, Roger, etc., qui inoculent à une femelle, voire même à un mâle, des toxines bactériennes et qui nous représentent les produits de la conception, chétifs, rabougris, résistant mal aux infections, et qui appliquent ces derniers à la tuberculose.

Ce sont des diathésiques, des déshérités, des types chargés d'erreurs physiologiques.

Lisez le portrait photographie, qu'en fait Landouzy, et vous vous avouerez à vous mêmes, que, ce portrait là, vous l'avez rencontré souvent.

Il ne faut pas croire, cependant, que tous les enfants tuberculeux présentent ce type; ils peuvent naître souvent bien constitués.

L'histoire des enfants assistés, à Paris, envoyés en province, nous montre combien cette hérédité existe; ceux qu'on envoie sur les plages antituberculeuses de la mer, sont physiquement transformés, ceux qui restent dans la fournaise ardente de la grande ville, s'étiolent et meurent phtisiques.

La tuberculose de la rougeole, de la coqueluche, semble éclore naturellement chez tous les petits adénopathes.

Voilà la vraie doctrine, *enseignée à l'évidence*, et qu'on vient, d'un trait de plume, sans hésitation, sans discussion, sans dissidence, de rayer, dans une résolution, qui a fait déjà le tour du monde. Nous comprendrions plus facilement semblable déclaration dans une assemblée d'officiers de santé, de contagionistes par état.

Evidemment les deux sources de la maladie sont l'hérédité et la contagion, et la contagion, théorie nouvelle, veut expliquer tout ; le bon vieux Pasteur ne pensait pas que ses enfants iraient

aussi loin; on peut être son élève sans être extrémiste, on peut admettre la contagion, sans nier l'hérédité; on peut même affirmer que la contagion joue le plus grand rôle, mais le dernier mot de la science, nous croyons l'avoir démontré, n'est pas celui qui fait le sujet de cet article.

Brieux, dans sa comédie, "l'Evasion," fait bien déclarer à son principal personnage mourant, qu'il ne croit pas à l'hérédité qu'il a prêchée toute sa vie; Brieux est un contagioniste!

M. de Vogué est plus vrai, lorsqu'il se fait le défenseur de la vieille doctrine, et qu'il donne à son livre, sur le parlementarisme français, le titre pénétrant: "Les morts qui parlent!"

Nous résumons ce que nous croyons être la vraie doctrine médicale, qui a été celle de tous les temps, et qui reste toujours debout: il y a deux hérédités, l'hérédité de graine et l'hérédité de terrain; les contagionistes ne peuvent les nier; pour cela, il faudrait nous donner une définition que nous ne connaissons pas encore, en inventer une troisième.

Le nombre de nos vérités médicales n'est pas assez grand, pour en laisser sacrifier aussi facilement une des plus inébranlables, sans crier, gare!

SÉVERIN LACHAPELLE.
Professeur de pathologie générale.

L'ŒUVRE DE LA GOUTTE DE LAIT

L'an dernier, à la séance du Comité d'Etudes Médicales du 13 février 1900, le docteur Dubé faisait un appel aux membres présents, en faveur des petits enfants et suggérait l'idée de fonder une œuvre dans le but d'en diminuer la mortalité, qui est énorme, et dont les causes principales résident dans le manque d'hygiène et la mauvaise nourriture.

Il est très difficile, à Montréal, de se procurer du lait recueilli avec soin, et le plus grand nombre ne peuvent se procurer les instruments nécessaires pour le rendre convenable à la consommation des bébés.

Le Comité d'Etudes Médicales n'a pas pu prendre en mains cette œuvre. Il n'était pas encore régulièrement organisé, et surtout il ne siégeait pas dans le temps durant lequel cette œuvre devait fonctionner, c'est-à-dire, en été.

Quelques médecins, ayant à leur tête MM. les docteurs Dubé et Cormier, ont cru devoir prendre l'initiative d'un projet, qui, nous l'espérons, recevra l'approbation de la Société Médicale de Montréal.

Projet.

Ce projet consiste à distribuer du lait stérilisé ou maternisé aux jeunes enfants et à donner aux mères les instructions nécessaires sur l'hygiène infantile.

La distribution sera gratuite pour les pauvres munis d'un certificat du médecin, les autres paieront à peu près le prix de revient. Le lait sera acheté d'un fermier qui suivra les instructions d'un médecin chargé de veiller sur l'aménagement et la tenue de la vacherie, la traite du lait et tout ce qui est du domaine du producteur. Les vaches seront testées contre la tuberculose.

Apporté dans un laboratoire bien outillé et pourvu d'employés bien dressés, le lait sera stérilisé, préparé suivant les besoins, c'est-à-dire, coupé, sucré au sucre de lait et réparti dans

des bouteilles stérilisées pour être transporté dans des dépôts où les gens viendront le chercher.

Ces dépôts de distribution seront sous la surveillance de médecins qui donneront les instructions d'hygiène aux mères, règleront l'alimentation des enfants, pèseront et examineront les bébés qui devront être apportés au moins une fois par semaine.

Les médecins pourront traiter les enfants malades des pauvres, mais ils devront renvoyer les autres à leur médecin de famille.

Pour arriver à ce but, nous allons former une société d'hommes et de femmes dévoués qui s'engageront à travailler de toutes leurs forces au bon fonctionnement et au succès de l'entreprise.

La société sera dirigée par un bureau de direction général aidé par différents comités. Ce bureau devra faire les affaires générales de la société, recevra les fonds, les administrera, paiera les dépenses, etc., il rendra compte aux membres en assemblée une fois l'an.

Les comités seront: un comité composé de médecins, et un ou plusieurs comités composés de femmes, qui devront recueillir des souscriptions pour payer les dépenses de l'entreprise et former un fonds dont le surplus pourra servir à créer d'autres œuvres.

Nous croyons, messieurs, que nous réussirons avec l'aide de tous nos amis et de toutes les influences qu'ils voudront bien mettre à notre disposition.

Nous n'avons pas, devant une assemblée de médecins, à démontrer la nécessité d'une telle entreprise, vous avez tous constaté, dans le dernier rapport du Conseil d'Hygiène de notre province, l'effroyable mortalité chez les enfants de 0 à 1 an, 10,468, morts sur 60,345 naissances, soit *en moyenne une mort pour cinq naissances.* Si nous jetons un coup d'œil sur les statistiques de la ville de Montréal et que nous ne considérions que le chiffre de la mortalité par diarrhée et gastro-entérite infantile, *nous voyons que 1238 enfants de 0 à 1 an sont morts; le total des*

naissances étant de 7,418, nous arrivons à la proportion de 1 mort pour 6 naissances à peu près.

Nous arriverons, sans aucun doute, à diminuer considérablement cette mortalité: les statistiques publiées par les villes où cette œuvre existe nous en donnent la certitude. A Rochester, par exemple, prenant, pour chiffres de la mortalité avant la distribution du lait, ceux des trois dernières, où il y avait eu moins de décès par diarrhée et gastro-entérite infantile, et les comparant avec ceux de la première année d'exercice pour ce système, nous arrivons à une diminution de $^1/_5$. A cause de l'importance de l'œuvre, nous espérons que la Société Médicale voudra en accepter le patrônage. Avec son appui, nous irons avec plus d'assurance devant le public, pour l'inviter à souscrire et à travailler avec nous.

Les directeurs d'un grand journal quotidien nous ont déjà promis leur aide. Ils feront connaitre l'œuvre au public, en lui disant l'avantage qu'il peut en tirer et en l'invitant à souscrire, ils souscriront eux-mêmes.

Plusieurs d'entre vous, nous le savons, nous prêteront leur concours en prenant soin des dispensaires.

Avec l'aide de la Société Médicale de Montréal, du journal *La Patrie*, et avec l'aide de chacun d'entre nous, nous conserverons à la vie un grand nombre de bons petits Canadiens.

SÉRAPHIN BOUCHER.

L'INSTITUT VACCINAL DE MONTREAL

Le 2 avril dernier, les membres de la Société Médicale de Montréal, se réunissaient en séance spéciale dans les salles de l'Institut vaccinal de Montréal.

Le but de cette réunion était d'initier les membres au *modus operandi* de l'inoculation chez les génisses et des moyens que l'on emploie pour obtenir un vaccin qui soit recommandable à tout point de vue.

Fondé depuis deux ans bientôt par MM. les docteurs Archambault et Leduc, cet institut est avantageusement situé sur le versant de la montagne et complètement isolé des habitations environnantes.

Sans vouloir donner une description détaillée de l'édifice, nous nous arrêterons à la description très sommaire des quelques salles importantes de l'institut.

1° *La salle d'observation*, de grandeur moyenne, est éclairée à l'électricité et chauffée à l'eau chaude, comme, du reste, toutes les autres chambres. Le plancher est en ciment, le plafond et les murs sont en tôle galvanisée. C'est dans cette salle que les génisses font leur début dans la vie expérimentale. Elles y sont lavées, brossées, nettoyées, etc., j'oserais dire aseptisées. De là, elles passent dans une autre salle.

2° *Salle d'opération.* C'est ici que les génisses sont inoculées; c'est ici également qu'on recueille le vaccin pour le distribuer dans des tubes ou sur des pointes.

Cette salle est parfaitement éclairée et l'aération continue est faite par un système de ventilation double.

Le plancher et les murs sont en ciment. L'ameublement est aseptique.

3° *Salle d'incubation.* Elle communique avec la salle précédente. Tout est fini en ciment, de sorte que le lavage est fait tous les jours dans des conditions d'asepsie et d'antisepsie complètes.

Les stalles sont en fer galvanisé et occupent le centre. Les

génisses sont maintenues en place au moyen de carcans en fer d'un mécanisme ingénieux. Elles y demeurent cinq jours et elles sont nourries au lait stérilisé et aux œufs.

4° *Salle de stérilisation.* Elle est disposée comme les autres. On y stérilise tous les habits et tous les instruments nécessaires à l'opération du vaccin.

5° Enfin le *laboratoire de bactériologie* est moderne. Il est muni de tous les appareils scientifiques nécessaires aux différentes recherches. C'est ici que le vaccin est soumis à l'examen microscopique et à l'épreuve de l'ensemencement avant d'être livré au commerce.

Voilà, en quelques mots, ce qu'est l'Institut vaccinal trop peu connu du public médical en général et trop peu patronisé par les autorités municipales et gouvernementales en particulier.

Heureusement, le temps n'est plus où il faille démontrer les bienfaits de la vaccination en face des ravages exercés par la variole; mais une chose nous frappe si nous opposons la théorie à la pratique en ce qui regarde l'hygiène des maladies contagieuses, spécialement la variole.

D'une part, nous voyons le gouvernement, justement alarmé des dangers de la variole — qui ne se rappelle pas l'année funeste de 1885 — passer des lois spéciales pour arrêter le mal ou du moins le restreindre dans des limites aussi étroites que possible, et créer, à cette fin, un conseil d'hygiène provincial, dont les pouvoirs spéciaux s'exercent auprès des municipalités de toute la province, dans le but de protéger la santé publique. Mais là s'arrête sa générosité, non pas son devoir.

D'autre part, nous voyons des citoyens, médecins, compléter, à leurs frais, cette œuvre qui est plutôt celle du gouvernement ou des municipalités, car elle est reconnue d'utilité publique. Ils élèvent des constructions spécialement aménagées, ils distribuent un vaccin qui possède toutes les qualités requises et cependant, on les laisse à leurs seules resources! Elles sont toujours insuffisantes surtout dans notre jeune pays qui porte un intérêt secondaire aux choses de la science.

Nous restons enlizés dans le passé, et si par hasard, on ris-

que un pas en avant ce n'est qu'au son d'une seule cloche; on ne pense qu'à son village.

Et pourtant, on aime à se faire le protecteur de la colonisation, en haut lieu, en accordant des octrois de terrains ou de forêts aux colons, et c'est juste, mais n'y a-t-il qu'une seule manière de coloniser? Le défricheur qui abat des forêts vierges et qui ensemence des terrains nouveaux fait une œuvre utile à sa famille et à son pays, on le subventionne, c'est agir très bien.

Le chercheur qui arrache au mal le secret de sa guérison et qui conserve à la vie des milliers d'individus fait aussi une œuvre utile à son pays. Et pourtant on ne le subventionne guère ou qu'avec des restrictions infinies, c'est agir très mal.

Il serait désirable que les autorités dirigeantes contractent la bonne habitude d'encourager toute œuvre sérieuse dont le but avoué est utile et désintéressé.

La politique a malheureusement rétréci les horizons; on s'élève avec peine au-dessus des considérations mesquines des partis. Et, lorsque les hasards du ballotage nous ont désignés à la direction de la Chose publique, on oublie ceux qui peinent pour la rendre meilleure, et on se complaît majestueusement dans l'idée que tout commence et finit avec Soi.

Que le réveil soit léger!

J.-A. LeSage.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 26 Février 1901.

Présidence de M. DUBÉ.

Procès-verbal.

Les minutes de la dernière assemblée sont mises aux voix et adoptées.

M. le président, pro-tempore, appelle l'attention des membres sur l'objet de cette assemblée. Il s'agit de discuter le projet de construction d'un hôpital civique.

L'opinion des membres est divisée sur ce sujet. Le rapport a été publié ailleurs.

Séance du 12 Mars 1901.

Présidence de M. HERVIEUX.

Procès-verbal.

Les minutes de l'assemblée sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

—*Ostéotomie trochantérienne*, par le docteur A. MARIEN. (Voir plus haut.)

—*Pleurésie purulente, variétés bactériologiques, pronostic et traitement*, par le docteur C.-A. DAIGLE. (Ce travail sera publié en mai.)

—*Discussion:* M. A. DEMERS. Il est toujours prudent, avant de faire une thoracentèse, de pratiquer une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz.

Tout épanchement qui dépasse 500 grammes doit être enlevé. Nous avons deux points de repère pour nous guider sur la quantité de l'effusion dans la cavité pleurale.

A droite, le foie déborde les fausses côtes quand le liquide atteint 500 grammes. Il faut se rappeler qu'à droite le danger vient de la compression des gros vaisseaux du cœur: aorte, et veines caves, de même que les oreillettes.

A gauche, quand l'espace de Traubé est disparu, il y a au moins 600 à 1000 grammes et plus. Cet aire est borné en dedans par le 5e et 6e espace intercostal, en dehors par le 8e et 9e espace intercostal.

A sa partie moyenne, c'est-à-dire, en bas du mamelon, sa hauteur verticale est de 8 à 10 centimètres, sa hauteur transversale de 9 à 11 centimètres.

A cette zône correspond la paroi costale et sa plèvre, le diaphragme et sa plèvre, le colon et l'estomac, le poumon arrive à peine à sa limite supérieure.

Quand l'épanchement pleurétique gauche atteint 600 à 2000 gr., le son tympanique de l'espace est remplacé par la matité. Ici, toute affaire cessant, comme je l'ai entendu dire à Potain, c'est le moment de pratiquer la thoracentèse. Quand la seringue exploratrice retire du pus, la question est de savoir s'il est a pneumocoques, à streptocoques ou à bacilles de Koch.

Quand on ne découvre rien, ou bien s'il y a des staphylo, il faut se défier, il y a présomption que nous avons affaire à une pleurésie tuberculeuse. L'inoculation dans le péritoine d'un cobaye nous servira de pierre de touche.

A pneumocoque la pleurésie est bénigne. L'épanchement peut se résorber spontanément ou se terminer par une vomique. C'est ce qui arrive souvent chez les enfants.

A streptocoques, la pleurésie est plus grave, sa guérison n'est pas spontanée.

A bacilles de Koch ou à staphylocoques, la marche de la pleurésie est plus lente et plus grave; la fièvre hectique ou nouvelle poussée tuberculeuse termine la scène.

Si la pleurésie est à pneumocoques, le pus est crêmeux, bien lié, ne se sépare pas en deux couches " plasma et sérum ". On fera la thoracentèse.

Si la pleurésie est à streptocoques, le pus se sépare nettement en deux couches, l'une superficielle formée d'une sérosité claire, l'autre profonde, c'est le plasma qui entraîne tous les éléments figurés. On fera ici la pleurotomie hâtive et complète.

Si la pleurésie est tuberculeuse, on se bornera à un traitement palliatif. On ne fera de ponction qu'en cas d'urgence.

Il est bon de se rappeler, que si les pneumocoques sont associés à d'autres microbes, l'empyême deviendra l'opération de choix.

Dans tout épanchement de la plèvre, le vingtième jour est le terme moyen de l'intervention, si l'on veut éviter les adhérences plus ou moins étendues, qui laissent les malades en proie à une gêne permanente, à un paroxysme de la respiration, et à des douleurs thoraciques pénibles.

Séance du 26 Mars 1901

Présidence de M. HERVIEUX.

Procès-verbal.

Les minutes de la dernière assemblée sont lues et adoptées.

Rapports.

— *L'œuvre de la goutte de lait*, par le docteur S. BOUCHER. (Ce travail est publié plus haut.)

— M. LESAGE. La communication de M. Boucher doit attirer tout spécialement l'attention des membres de la Société Médicale de Montréal. Il n'est pas besoin de développer devant vous un projet qui comporte une idée empreinte de la philantrophie la plus pure. Je félicite mon ami Dubé d'avoir, le premier, jeté le cri d'alarme en face de la mortalité effroyable de la première enfance dans notre province et d'avoir en même temps indiqué le remède à un si grand mal.

J'ai l'honneur de faire la proposition suivante, secondé par M. le docteur Cléroux:

" La Société Médicale de Montréal, appréciant le but d'utilité publique et de haute philantrophie de l'*Œuvre de la goutte de lait*, donne son appui le plus ferme aux promoteurs de ce projet. Elle exprime l'espoir que tous les membres coopéreront aussi au but tant désiré de diminuer la mortalité chez les enfants pauvres en vulgarisant parmi le peuple les saines idées d'hygiène alimentaire."

Adopté à l'unanimité.

— *Traitement de l'hydrocèle par retournement de la vaginale.*

par le docteur O.-F. MERCIER. (Ce travail sera publié plus tard.)

— M. LESAGE propose que tous les membres soient convoqués en séance spéciale, mardi le 29 mars, à l'Institut Vaccinal de Montréal, dans le but de s'initier aux différentes opérations de la vaccine, sur l'invitation de MM. les docteurs Archambault et Leduc. — Adopté.

NOUVELLE.

Un nouvel enfant nous est né, " vivant et viable," affirme son parrain; nous voulons dire un nouveau journal de médecine, le *Montréal Médical.*

L'UNION MÉDICALE, en bonne mère, souhaite la plus cordiale bienvenue à ce nouveau Benjamin en herbes. Elle exprime l'espoir que le talent et les efforts de son rédacteur, s'élevant avec aisance au-dessus des personnes et des choses, seront consacrés, avec conviction, à la défense des *grandes idées médicales* dont les conquêtes modernes, tout à la gloire de la pensée ont ouvert des horizons infinis pour les chercheurs de vérités.

AVIS IMPORTANT.

Le Bureau Médical de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, informe que des vacances seront créées dans le personnel des médecins internes de cette institution, à partir du 1er juillet 1901, à savoir:

1° Médecin interne en chef;

2° Un ou deux assistants médecins internes.

Les candidats désireux de remplir ces charges devront adresser leur application au secrétaire du Bureau Médical, à l'Hôpital Notre-Dame, M. le docteur A. Ethier.

Par ordre,

Le Secrétaire.

PHARMACOLOGIE

BRONCHITES AIGUES (adultes) :

Sirop de diacode.... .... 50 grammes.
Sirop de belladone... ... . 20 grammes.
Eau de laurier-cerise... ... . 10 grammes.
Hydrolate de tilleul... ... ... 40 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures — ou bien :

Sirop diacode... ....
Eau distillée de laurier-cerise.. .. ... } ää 30 grammes.
Sirop de Tolu.... ....
Eau de fleur d'oranger.... .. ..

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

BRONCHITES DIFFUSES :

Dans les bronchites diffuses avec fièvre :

Sulfate de quinine.. .. ..0 g. 30 centigr.
Poudre de Dover.... .... 0 g. 15 centigr.

Pour un cachet, deux fois par jour. Favoriser l'expectoration par :

Poudre d'ipécac.. ....0 g. 30 centigr.
Ergotine Bongean.... ....2 g.
Julep gommeux ou looch blanc.. .... ..125 g.
Fine champagne (cognac) ou vin blanc. 40 g.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures. Quant l'expectoration devient abondante et purulente donner la *terpine:*

Terpine.... ....10 grammes
Glycerine.... ....150 grammes
Alcool à 90°.... ....150 grammes
Sirop de miel.. ....125 grammes
Teinture de vanille.. .. .. 10 grammes

2 à 4 cuillerées à soupe par jour. Appliquer les ventouses sèches, donner les bains chauds, soutenir le cœur chez les vieillards, le repos au lit chez les tuberculeux. — (*G. Lyon*).

DYSPEPSIE FLATULENTE :

(1) Teinture de noix vomique... ... ... 5 grammes.
Gouttes amères de Baumé..... .... } ää 10 grammes.
Teinture de gentiane.... ....
Teinture de rhubarbe composée.. .. ..
Eau de laurier—cerise... .... } ää 20 grammes.
Eau de menthe.... .... q. s. pour 100 c. c.

(1) Une cuillerée à thé avant les repas.

(2) Au milieu du repas prendre une cuillerée à soupe de la solution suivante :

(2) Acide chlorydrique officinal.. .. .. 3 grammes.
Sulfate de strychnine.... .... 0 g. 05 centigr.
Eau..... .... 300 c.c.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'Histologie Pathologique par V. CORNIL, professeur à la Faculté de Médecine, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, et L. RANVIER, professeur au Collège de France, membre de l'Institut, membre de l'Académie de Médecine, avec la collaboration de Messieurs M. A. BRAULT, médecin ne l'Hôpital Lariboisière, chef des travaux pratiques d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine, et M. LETULLE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'Hôpital Boucicault.

Depuis longtemps déjà l'on attendait, avec grand besoin, tant en France qu'à l'étranger, la venue d'un Traité d'Histologie Pathologique. Cette science, qui est l'*âme* de la médecine et de la chirurgie, a présidé à tous les progrès, à toutes les belles découvertes qui ont métamorphosé depuis une vingtaine d'années nos connaissances médicales.

Jusqu'ici, pour suivre la marche gigantesque de tous ces progrès et de toutes ces grandes découevrtes, il fallait s'adresser un peu partout, aux bulletins des sociétés savantes, des congrès, mémoires publiés dans un très grand nombre de journaux et revues. *Le Manuel d'Histologie Pathologique* par MM. Cornil et Ranvier, Brault et Letulle vient de combler cette lacune. La troisième édition de cet ouvrage, qui est présentée aujourd'hui au public médical, est en réalité un livre nouveau. Les auteurs ont conservé le même plan. Tout chapitre de l'histologie pathologique est précédé du chapitre de l'histologie normale nécessaire à sa compréhension.

Les descriptions des lésions à l'œil nu et au microscope ont subi peu de changements; ce qui était bien observé il y a vingt ans est toujours vrai. Mais combien d'additions ont dû être faites en ce qui touche la médecine expérimentale et la compréhension générale de la pathologie.

C'est ainsi que le chapitre des parasites comprend un exposé succinct des microbes pathogènes pour l'homme et que la révolution opérée par Pasteur trouve son nécessaire écho dans beaucoup des descriptions d'histologie pathologique.

Pour mener à bien leur entreprise, MM. Cornil et Ranvier ont fait appel à un certain nombre de collaborateurs; c'est ainsi que le premier volume contient, après les généralités sur l'histologie normale et pathologique et sur l'inflammation, rédigées par eux-mêmes, des chapitres sur les tumeurs par M. Brault, sur les parasites par M. Bezançon, sur les os et les articulations par M. Cazin.

Bien que dû à une collaboration, ce livre est homogène et inspiré par une direction unique, car tous les collaborateurs parlent le même langage et ont tous puisé leur instruction pratique dans les laboratoires dirigés par MM. Cornil et Ranvier ; ils appartiennent, en un mot, à la famille scientifique. Aussi cette édition, si différente qu'elle puisse paraître, est néanmoins la descendante directe et rajeunie de celle de 1881. Elle est enrichie de gravures nouvelles, nécessaires à la compréhension du texte. Elle trouvera, sans aucun doute auprès du public médical le même accueil favorable que ses deux aînées.

A. MARIEN.

MAI 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.
263 — Note sur un cas d'intervention gynécologique chez une aliénée ..... *Chagnon*
266 — Infection puerpérale, sérum de Marmoreck et abcès artificiels ..... *DeCotret*
280 — Pleurésies purulentes, variétés bactériologiques, pronostic et traitement ..... *Daigle*

REVUE GÉNÉRALE.

290 — Traitement de la dysenterie ..... *Hervieux*

ACTUALITÉS MÉDICALES.

296 — L'appendicite à l'Académie de Médecine de Paris *LeSage*

SOCIÉTÉS.

305 — Société Médicale de Montréal, (séance du 23 avril)

ANALYSES.

MÉDECINE.

307 — Influenza ..... *Dubé*
308 — Vomito-negro appendiculaire ..... *LeSage*

CHIRURGIE.

309 — De l'hystérectomie abdominale dans l'infection puerpérale ..... *Marien*

OBSTÉTRIQUE.

311 — Quelques considérations sur la sécrétion lactée chez les femmes..... *LeSage*

PÉDIATRIE

313 — Le calomel chez les enfants.—La chorée de Sydenham et son traitement..... *LeSage*

THÉRAPEUTIQUE.

314 — Du traitement des crampes dans les jambes..... *Dubé*

315 — La nectrianine dans le traitement du cancer..... *Hervieux*

316 — Tétanos traumatique.—Les injections d'eau oxygénée dans la blen.—Rhumatime aigu franc et massage au pétrole.—La dose suffisante de bromure et le signe de la pupille dans le traitement de l'épilepsie ..... *LeSage*

HYGIÈNE.

319 — Dysenterie.—Prophylaxie, étiologie.—Procédé de purification des eaux.—Prophylaxie du tétanos..... *Benoit*

PHARMACOLOGIE.

324 — Bronchites aiguës.—Gastralgie.—Epithéliôma de la face (formules diverses).—Coqueluche. .....

MEMOIRES

NOTE SUR UN CAS D'INTERVENTION GYNECOLOGIQUE CHEZ UNE ALIÉNÉE

Par E.-P. CHAGNON

Agrégé, médecin de l'Hôpital Notre-Dame, membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Québec, membre honoraire de la Société de médecine mentale de Belgique.

Le titre de cette communication délimite parfaitement notre sujet. Notre intention est d'ajouter à la littérature des interventions opératoiers chez les aliénés, par le rapport de l'observation d'une malade soumise à un traitement chirurgical, et de présenter les réflexions qu'on peut en déduire.

Observation. — Caroline L..., 40 ans, célibataire, se présente à notre cabinet le 28 mai 1900. Elle est amaigrie et très affaiblie. Ses traits expriment de sombres préoccupations. Elle nous dit ses craintes de ne pouvoir fuir le sort qu'elle a mérité par ses fautes; il n'y a plus pour elle de miséricorde divine, elle est irrémédiablement damnée. Son insomnie est constante. L'interrogation que je lui fais subir nous apprend que, depuis les sept dernières années, elle a présenté cinq attaques de mélancolie, d'une durée variable, à intensité plus ou moins grande. Les périodes intermédiaires, durant lesquelles elle se sentait elle-même, ont toujours été très courtes. Elle nous dit de plus qu'elle souffre de ménorrhagie depuis plusieurs années.

Chez ses ascendants, nous relevons que son père est mort à 76 ans d'une *bronchite chronique*, et que sa mère mourut à 67 ans, après avoir été paralysée dix années durant.

Notre malade réagit peu sous le traitement auquel nous la soumettons. Son insomnie, que nous avions jusqu'à un certain point réussi à faire disparaître, s'établit à nouveau. En même temps surviennent des hallucinations de l'ouïe qui lui laissent peu de repos. Elles ont pour effet d'aggraver son état en la

confirmant dans ses idées de culpabilité et d'abandon de Dieu. Pour obéir à ses voix, elle dit sa confession en public: son agitation devient incessante. Elle éprouve un besoin irrésistible de mouvements qu'elle ne peut contrôler. Son état est alarmant. Ses hémorragies utérines deviennent si abondantes que nous songeons à une intervention chirurgicale. Notre collègue, le docteur Harwood, fait un diagnostic de fibrôme utérin, et propose d'intervenir. La famille permet l'intervention, et la malade est transportée à l'Hôpital Notre-Dame.

Le 13 juillet, le docteur Harwood lui enlève, par voie abdominale, utérus et annexes Les suites immédiates de l'opération sont excellentes: réunion par première intention de la plaie abdominale, et intégrité des culs de sac. Par malheur notre malade dans la suite, fut atteinte de phlébite .Elle présente pendant plusieurs semaines une température assez élevée. En même temps existait de la constipation et un état saburral très marqué. Durant l'évolution de cette phlébite, les symptômes intellectuels ne s'amendèrent guère, les hallucinations de l'ouïe continuèrent à exister, et enfin survint du gâtisme. Le 20 août, elle pouvait laisser l'hôpital légèrement améliorée. Deux ou trois semaines après son retour dans sa famille, les hallucinations disparurent, le sommeil se rétablit, et l'état général s'améliora. En novembre, elle était bien, intellectuellement et physiquement. Nous avons eu occasion de la voir tout récemment, elle a pris un embonpoint considérable, son intelligence est parfaite, et elle nous dit ne s'être jamais trouvée aussi bien, dans les périodes intermédiaires à ses attaques de folie, qu'elle ne l'est à présent.

Ce n'est pas dans notre intention de faire ici l'historique de la question des interventions gynécologiques chez les aliénés, non plus de faire voir les résultats obtenus dans les asiles où l'on a mis en pratique systématiquement ce mode de traitement. Qu'il nous suffise de dire que les résultats en ont été bons. Mais nous tenons à mentionner, — et nous sommes convaincu sur ce point d'être d'accord avec tous les aliénistes, — que nous n'opérons pas une aliénée pour la guérir de ses conceptions délirantes, mais nous l'opérons parcequ'il existe

une condition pathologique bien déterminée dans son système génital. Nous l'opérons pour les mêmes raisons qu'un gynécologiste consciencieux intervient chez ses malades dont l'intelligence n'a pas sombré. Si, chez l'aliénée, nous trouvons un ovaire sclérosé, une tumeur, soit ovarienne, soit utérine, ou enfin, une lésion quelconque, nous l'opérons, comme chez une femme ayant toute son intelligence.

L'effet d'une opération étant de relever l'état physique toujours appauvri par des lésions pathologiques, il s'en suit qu'en les faisant disparaître, qu'en donnant au corps sa vigueur primitive, l'état mental s'améliore.

INFECTION PUERPÉRALE, SÉRUM DE MARMORECK ET ABCÈS ARTIFICIELS (1)

Par E.-A. RENÉ DE COTRET, M.D.

Accoucheur de la Maternité, Professeur adjoint d'Obstétrique.

Rosina est âgée de 17 ans. Elle est blonde et de taille moyenne, mais bien constituée. Son cœur et ses poumons sont sains. Elle a marché à 18 mois. Son intelligence n'est pas des mieux douées, et sa mémoire semble faire défaut sur les souvenirs du bas âge. Elle prétend avoir toujours joui d'une excellente santé. Son père et sa mère sont morts depuis quelque temps et elle ignore complètement le nom et les symptômes de la maladie qui les a enlevés.

Je l'examine pour la première fois le 2 septembre 1900. Le fond de l'utérus est à l'ombilic et par conséquent la grossesse doit être âgée d'au moins cinq mois. Cependant je n'entends pas les doubles battements du cœur du fœtus.

Rosina n'a jamais présenté durant sa grossesse aucun œdème, et les urines examinées régulièrement deux fois par mois n'ont jamais eu les moindres traces d'albumine.

Le travail de l'enfantement se déclare le 14 décembre à 7 hrs a.m. L'enfant est en O.I.G.T. Le même soir à 6 hrs le col de l'utérus est effacé et la dilatation a la grandeur d'une pièce de 25 cents. Elle est examinée et touchée par la garde-malade, le médecin et 2 étudiants.

La dilatation est terminée à 1½h., a.m., le 15 décembre. A 2 hrs a.m., un étudiant fait l'accouchement et produit une déchirure au 2e degré qui est suturée immédiatement. Il n'y a aucune hémorragie, ni avant, ni pendant, ni après l'accouchement et la rupture des membranes est spontanée et intempestive.

L'enfant, un garçon, pèse 7 lbs et 4 onces, et le placenta, normal, une livre.

A l'examen le placenta *paraît entier;* il ne semble pas y manquer de *partie* de cotylédon. Les membranes sont complètement sorties. Je souligne quelques mots et j'en expliquerai le sens dans le cours de cette chronique.

Il est 2 hrs a.m., quand l'accouchement est terminé. A

(1) Communication à la Société Médicale, janvier 1901.

7 hrs a.m., la température de la malade est de 100° F., et le pouls de 78. Tout est donc normal jusque là. Je dis normal parce qu'il est assez naturel qu'il y ait élévation de température chez l'accouchée pendant les douze premières heures des suites de couches. Les émotions chez les primipares, surtout quand elle sont examinées par les étudiants, les fatigues de la période de dilatation et surtout de la période d'expulsion en sont les principales causes. Mais si la température s'est élevée quelque peu pendant les douze premières heures, elle doit s'abaisser et descendre en dessous de la normale dans les heures qui suivent et s'y maintenir pendant plusieurs jours. L'expérience de tous les jours est là pour me prouver la vérité de cette assertion. Les statistiques de la maternité et de ma clientèle privée sont assez nombreuses pour que j'en parle en toute connaissance de cause. En règle générale la température s'abaisse, après l'accouchement à 96½° ou 97° F., excepté quelquefois pendant les 12 premières heures quand le travail a été long et difficile. Le 15 au soir au lieu d'avoir 97°, Rosina a une température de 102½° et un pouls de 106. Voilà qui est plus inquiétant. C'est tellement inquiétant que de suite je songe aux fièvres puerpérales d'autrefois, à la septicémie aiguë, à cette infection qui est d'autant plus dangereuse qu'elle débute plus près de l'accouchement. J'examine attentivement tous les organes, en commençant par les parties génitales. Du côté du périnée, il y a une déchirure mais elle est bien suturée. La muqueuse du vagin est enlevée sur une assez grande surface. La tête de l'enfant assez volumineuse l'a éraillée dans son passage L'utérus est bien contracté et paraît exécuter son involution plus rapidement qu'à l'ordinaire; il est déjà petit. Je n'y remarque aucune sensibilité à la pression. . Les annexes sont en bon ordre. Du côté de ces organes, je ne trouve rien d'alarmant et d'autant moins que l'utérus se contracte bien. Le point d'interrogation je le place avec quelque peu d'hésitation sur la muqueuse du vagin. Mais, cependant l'accouchement a été fait antiseptiquement. Tous mes doutes ici viendraient d'un toucher que les étudiants ont pratiqué en mon absence.

Je continue mon examen général et je ne découvre rien du côté des reins dont les urines ont été examinées; le cœur est

en parfaite condition, mais du côté de la poitrine je perçois les symptômes d'une légère bronchite du côté droit. La malade tousse légèrement.

Je prescris à 8 hrs p.m. une dose de sel et sené au cas où l'élévation de température dépendrait d'une intoxication intestinale.

16 décembre, 8 hrs a.m., la température est montée à 103° et le pouls marque 114 pulsations. La malade a eu plusieurs selles et la température a continué à s'élever, donc pas d'infection intestinale. La bronchite n'est pas aggravée et est de peu d'importance. Du côté du vagin, on remarque une couenne blanchâtre à l'endroit où la muqueuse a été enlevée. L'utérus continue son involution rapide. Je donne une injection intra-utérine au bichlorure de mercure au 2 millième que je fais suivre d'une injection à l'acide borique. Je prescris 10 grains de quinine.

J'ordonne une injection vaginale au permanganate de potasse, 4 fois par jour, et je fais placer dans le vagin des tampons iodoformés.

4.30 hrs p.m., température 104 $^1/_5$°, pouls 106. Nouvelle injection intra-utérine au bichlorure de mercure au 2 millième, suivie d'une injection à l'acide borique, 10 grains de quinine, 1 verre de brandy. La malade n'a pas eu de frisson. Son appétit est bon. Elle boit beaucoup de lait. Elle urine bien et ne se plaint pas.

17 décembre, 8 hrs a.m., température 103° pouls 98. Injection intra-utérine au bichlorure de mercure et acide borique, 10 grs de quinine.

4 hrs p.m., 105° pouls 104. Injection intra-utérine au permanganate de potasse, 10 grs de quinine.

8 hrs p.m., 103°, pouls 103. Je prescris la formule suivante qui a réussi souvent à abaisser la température beaucoup plus que la quinine ne l'a fait dans ce cas et dans beaucoup d'autres. Mais il faut surveiller les malades de près parce qu'elle agit assez rapidement sur le cœur, qui se ralentit beaucoup. Les lèvres et les extrémités se cyanosent et si l'on ne cesse le médicament à temps la mort pourrait s'en suivre. Avec cette formule seule, j'ai réussi à sauver plusieurs malades quand tous les autres traitements avaient échoué. La voici:

Antikamnia	**āā 60 grains.**
Antifébrine	
Calomel	**1 grain.**

M. Diviser en 20 paquets. — Dose, 1 paquet toutes les 2 heures.

Cette formule me vient d'une de mes anciennes gardes-malades rendue au Manitoba. Elle l'appelait " une prescription merveilleuse pour casser les fièvres." Cette prescription lui *avait servi dans plusieurs cas bien critiques* qu'elle *avait réussi* à guérir. J'eus l'occasion de l'employer en la recevant. Il s'agissait d'un cas de septicémie sans localisation, chez lequel la quinine et l'antipyrine n'avaient pu abaisser la température. Cette septicémie fut vaincue par elle. Depuis j'en ai obtenu souvent des résultats vraiment merveilleux. Elle agit mieux que tous les autres antithermiques. Son action est très marquée dans la septicémie généralisée quand il n'y a pas de foyer d'absorption dans l'utérus ou quand l'utérus a été débarrassé des débris de cotylédon ou de membranes. Quand l'utérus contient des corps étrangers d'où partent les microbes ou leurs toxines elle n'a qu'une action momentanée.

Comment agissent les médicaments qui la composent? D'abord, le calomel agit sur l'intestin comme antiseptique et purgatif. Quand l'effet purgatif est trop marqué ou qu'il est suffisant, j'enlève le calomel de la formule et je donne les deux autres médicaments seuls. C'est ce que j'ai fait ici, comme vous le verrez plus loin.

L'antikamnia et l'antifébrine que font-ils? Peut-être, pourrait-on remplacer l'un de ces médicaments par l'autre et en doubler la dose, soit 6 grains d'antikamnia seule ou 6 grains d'antifébrine seule, puisque l'antikamnia n'est rien autre chose que de l'antifébrine, et obtenir les mêmes effets. Tout de même, voici les résultats que j'ai obtenus. Quand on l'emploie pour la première fois les effets sont assez lents à se faire sentir; ce n'est généralement qu'après 7 ou 8 doses que les malades commencent à transpirer, que la température s'abaisse et que le pouls diminue sensiblement. On surveille les malades et on cesse ces remèdes aussitôt que la température approche de la normale, et que le pouls devient lent. L'action est plus sensible sur le pouls que sur la température.

Quand on est obligé de revenir à ces remèdes, quelques doses, même une ou deux, suffisent pour obtenir un effet aussi marqué.

Notre malade commence, à 9 hrs p.m., à prendre un paquet

de calomel, antikamnia et antifébrine. Le pouls est alors à 88 et la température 102°.

Les paquets sont continués toutes les 2 heures avec les résultats suivants:

11 hrs p.m., pouls 88, temps, 100¾° — 1 paquet.

18 décembre, 1 h. a.m., pouls 88, température 100° — 1 paquet; 4 hrs a.m., pouls 100, température 103° — 1 paquet; 6 hrs a.m., pouls 100, température 103° — 1 paquet; 8 hrs a.m., pouls 94, température 103° — 1 paquet; on cesse ces paquets, parce que le médicament produit ses effets sur le cœur: il y a cyanose des lèvres et des extrémités.

9 hrs a.m., injection intra-utérine au permanganate de potasse au $^1/_{1500}$, 10 grs de quinine.

La quinine est continuée à la dose de 5 grains toutes les 4 hrs jusqu'au 19 décembre à 4 hrs p.m.

L'utérus fait bien son involution. Il se contracte fortement. Le col se referme petit à petit. La malade n'est qu'au 4e jour des couches et déjà le fond de l'utérus est à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic; ce qui n'arrive généralement que vers le 6e ou le 7e jours.

Le vagin est toujours de plus en plus malade. Il est couvert d'une couenne blanchâtre beaucoup plus apparente. Il est très sensible et très chaud au toucher. Les injections vaginales au permanganante de potasse sont cependant données régulièrement 4 fois par jour, et des tampons iodoformés y sont placés immédiatement après.

La malade tousse toujours et la bronchite ne s'améliore pas beaucoup.

Le 18 décembre, à 4 hrs p.m., le pouls est à 88, et la température à 101°. Injection intra-utérine.

19 décembre, 4 hrs a.m., température 103°, pouls 94; 8 hrs a.m., température 103°, pouls 112. Injection intra-utérine.

4 hrs p.m., température 105°, pouls 110. — La quinine a été administrée à dose de 5 grains toutes les 4 heures depuis hier matin. La malade prend beaucoup de lait depuis le commencement des couches.

5 hrs p.m., curettage avec la curette tranchante. J'extrais beaucoup de petits débris de l'utérus. L'involution rapide et la fermeture aussi prompte du col me faisaient croire pourtant que je n'en sortirais absolument rien.

Après le curettage, je badigeonne toute la surface utérine

avec de la teinture d'iode pure. Je fais de même pour le vagin et j'enlève les points de suture du périnée. La déchirure de ce dernier n'a pas pris par première intention.

Le curettage terminé, je tamponne l'utérus avec de la gaze iodoformée.

La température prise alors, nous donne $106^1/_5$° F., et le pouls 128. — J'administre 10 grains de quinine dans un verre de brandy. Puis la malade est chaudement couverte sous plusieurs draps de laine.

9 hrs p.m., température 106°, pouls 128. Je reprends les paquets de calomel, antikamnia et antifébrine, administrés régulièrement toutes les 2 heures.

11 hrs p.m., 104°, pouls 100.

20 *décembre*, 2 hrs a.m., pas beaucoup d'amélioration. Il n'y a pas de ballonnement du ventre, et il n'y en a jamais eu. Le ventre n'est pas et n'a jamais été sensible. Les intestins ont toujours bien fonctionné, 2 ou 3 selles naturelles par jour. La malade urine toujours normalement.

3 hrs a.m., température 104°, pouls 110; 6 hrs a.m., température 104°, pouls 100; 7 hrs a.m., température 104°, pouls 128; 10 hrs a.m., température 104°, pouls 110. J'enlève le tampon de l'utérus et je fais une injection intra-utérine au permanganate de potasse.

Midi, température 102°, pouls 106; 2 hrs p.m., température 101°, pouls 96; 3 et 4 hrs p.m., 100½, pouls 96. A 4 hrs p.m., je cesse l'administration des paquets d'antikamnia, etc., parce qu'il y a cyanose aux lèvres et aux extrémités. La température est beaucoup plus basse que la veille; il en est de même du pouls. Je remplace ces médicaments par la quinine à dose de 5 grains, toutes les 4 heures. La température et le pouls s'élèvent aussitôt.

6 hrs p.m., température 101°, pouls 108; 7 hrs p.m., température 102°, pouls 108; 11 hrs p.m., température 105°, pouls 108.

Le cas me paraît désespéré; la malade semble s'en aller *ad patres;* son facies est mauvais; sa langue est chargée, sale; le pouls est faible. Le pronostic est très grave, même fatal et je ne suis pas le seul médecin à désespérer du sort de l'infortunée malade. Je veux tenter un dernier effort et essayer un traitement héroïque. Aux injections de sérum de Marmoreck, j'ai

si peu de confiance, car mon expérience assez étendue ne m'en dit rien de bon, que je n'ose y avoir recours. Je veux essayer un traitement plus énergique et dont on a vanté les effets. Je vais essayer pour la première fois de produire un abcès artificiel ou abcès fixateur ou dérivatif.

Ces abcès peuvent se produire avec différentes matières: par les injections hypodermiques de quinine ou de térébenthine. Comme je n'avais pas sous la main cette dernière substance, j'injectai 5 grs de sulfate de quinine dans la fesse gauche.

21 décembre, 5 hrs a.m., température 105°, pouls 120; 9 hrs a.m., température 105°, pouls 120.

La malade va de mal en pis. Tout espoir est perdu. Cependant la malade boit encore une bonne quantité de lait et je lui prescris la potion suivante dont elle prend une cuillerée à soupe toutes les deux heures: cette formule est continuée tous les jours suivants jusqu'à la convalescence;

℞	Extrait de quinquina	1 drachme
	Teinture de cannelle	2 drachmes
	Sirop d'orange	1 once
	Vin rouge	ââ 2 onces
	Cognac	

M. — La quinine est continuée toutes les 4 heures. J'injecte dans le flanc (sans prendre aucune précaution antiseptique, dans le but de créer le plus tôt possible un abcès quelconque) 20 centimètres cubes de sérum de Marmoreck, et dans la fesse gauche je fais une injection hypodermique de 6 gouttes d'essence de térébentine.

6 hrs p.m., température 105°, pouls 120. Comme on le voit le sérum de Marmoreck n'a produit aucun effet salutaire.

Je ne me décourage pas, je répète le sérum à dose de 20 c.c., et la térébenthine à dose de 10 gouttes. Je cesse l'emploi de quinine et je reprends les paquets d'antikamnia, etc., pour trois doses seulement, vû ses effets rapides sur le cœur et de suite je constate une diminution marquée de la température qui s'élève de nouveau quand on cesse ces médicaments. C'est ainsi qu'à 6, 8 et 10 hrs p.m., l'antikmnia, l'antifébrine et le calomel sont administrés et qu'à 10 hrs p.m., la température est 102° et le pouls 106.

22 décembre, 2 hrs a.m., température, 103°, pouls 108; 7 hrs a.m., température 104°, pouls 104.

La malade expectore quelques crachats sanguinolents et quelques crachats rouillés. Je trouve des signes de pneumonie à la base du poumon droit. Ces symptômes me réjouissent presque, parce que j'y vois les signes avant-coureurs d'une phlegmatia alba dolens, vous savez tous qu'une des formes de la phlegmatia alba dolens s'annonce par les crachats de sang et les premiers symptômes locaux de la pneumonie et de la pleurésie.

J'étais heureux à l'apparition de ces symptômes parce que, me disais-je, si la malade peut avoir de la phlegmatia, peut-être cette localisation de la maladie la sauvera-t-elle.

J'applique un sinapisme vis-à-vis l'endroit malade du poumon et je prescris ainsi :

Carbonate d'ammoniaque	I drachme
Liqueur d'acétate d'ammoniaque	VI drachmes
Extrait fluide de senega	II drachmes
Sirop de tolu Sirop de scille Teinture de camphre co	ââ I once

M. Sig. 2 cuillérées à thé toutes les 2 heures.

L'examen des urines donne deux grammes d'albumine (tube d'Esbach).

9 hrs p.m., nouvelles injections de 20 c.c., de Marmoreck et de 10 gouttes d'essence de térébenthine. Cette dernière injection est toujours faite au même endroit de la fesse gauche qui commence à se tuméfier et à s'enflammer.

La malade est au pire. La température ne baisse pas et le pouls est très mauvais. Cependant elle boit encore assez de lait.

J'essaie les bains d'éponges à l'eau froide toutes les heures.

2 hrs p.m., 105°, pouls 104. Je reprends les paquets d'antikamnia, etc., toutes les 2 heures.

6½ hrs p.m., température 104½, pouls 110.

Injection de 10 c.c., de Marmoreck, et de 10 gouttes de térébentine. La fesse est beaucoup plus rouge. Il paraît se former un abcès profondément.

23 décembre, 9 hrs a.m., température 105°, pouls 128. La malade baisse toujours. Elle a été administrée et on la veille continuellement car on s'attend à sa mort. Cependant, je continue l'antikamnia, etc., et la mixture expectorante, de plus je fais répéter souvent la potion tonique au quinquina.

Injection de sérum de Marmoreck, 10 c.c. Comme on le constate, ce sérum n'a pas eu d'effet sur la température.

Injection de térébenthine, 10 gouttes. La fesse est rouge, œdématiée; il y a beaucoup d'inflammation. A la paroi abdominale où les injections de sérum ont été faites sans antisepsie, on remarque de l'œdème et de la rougeur. Je remplace les bains d'éponge par l'enveloppement dans le drap mouillé.

La malade commence à avoir de la diarrhée; on continue tout de même les paquets d'antikamnia, d'antifébrine et de calomel.

3 hrs p.m., pouls 136 d'un mauvais caractère; température 105⅔.

6 hrs p.m., pouls 134, température 104⅔; 9 hrs p.m., pouls 140, température 106°.

La malade a du délire; elle ne dort pas. ¼ gr. de morphine.

24 décembre, 4 hrs a.m., température 105, pouls 140. La malade a dormi un peu et elle a pris régulièrement toutes ses potions et les paquets.

9 hrs a.m., température 104, pouls 140 excessivement faible. Les symptômes du côté des poumons s'amendent. Je cesse tous les médicaments, excepté la potion tonique au quinquina. Le lait qui est bu en assez grande quantité est bouilli vû que la diarrhée persiste et même augmente. Je ne combats pas la diarrhée autrement que par le lait bouilli.

Il s'est fait deux escarres à la fesse gauche à l'endroit des injections de térébenthine. A l'abdomen il y a rougeur et tuméfaction. Un abcès est en voie de formation.

La malade ne vaut pas grand chose et j'assurerais volontiers sa vie en ma faveur à n'importe quelle prime.

La température se maintient à 105° et le pouls à 150 tout le reste du jour. La langue est mauvaise; la *facies* annonce une mort prochaine.

25 décembre, le sommeil a été un peu meilleur. La malade ne refuse jamais les médicaments (c'est-à-dire le quinquina) et le lait qu'on lui donne.

8 hrs a.m., le pouls faible, presqu'imperceptible oscille entre 140 et 150 pulsations; la température est toujours à 105°.

Malgré sa faiblesse extrême, la malade se plaint de douleur

dans les aines et les cuisses le long du trajet des veines fémorales qui sont sensibles au toucher. Je crois encore à l'arrivée heureuse et attendue de la phlegmatia. Les symptômes pulmonaires sont disparus.

5 hrs p.m., pouls un peu plus fort et plus régulier, 132 pulsations; température 105°.

La diarrhée continue jusqu'à midi. Le lait bouilli est pris en assez grande quantité par la malade qui n'a pas beaucoup de connaissance. Le quinquina est administré souvent. On donne force brandy et vin.

Un cataplasme appliqué sur la fesse depuis le matin à fait ouvrir l'abcès qui suppurent par deux endroits. Expectoration de deux crachats sanguinolents.

26 décembre, tout ce jour la température se maintient à 105° et le pouls à 140. La malade est affaissée, elle est dans un état de somnolence presque continuelle. A des selles nombreuses et involontaires. Ne prend presque rien: un peu de lait bouilli et la potion au quinquina. La plaie à la fesse suppure un peu plus.

27 décembre, 10 hrs a.m., température 104½, pouls 140. La malade est moins endormie; elle tousse un peu; a beaucoup de diarrhée. Elle a du délire marmotant. Elle prend, quand on lui en présente, un peu plus de lait que la veille. On lui donne régulièrement son quinquina.

4 hrs p.m., pouls 160, température 105°; 6 hrs p.m., pouls 140, température 105°. On lui donne 1 paquet d'antikamnia, etc.

7 hrs p.m., pouls 132,, température 101½; 8 hrs p.m., on répète l'antikamnia.

28 décembre, la malade transpire beaucoup toute la nuit. Les extrémités deviennent très froides vers minuit, on donne force quinquina, vin et brandy.

6 hrs a.m., la température est remontée à 105°, et le pouls à 140. On reprend l'antikamnia, etc., et voyons l'effet de ces médicaments sur la température et le pouls qui baissent:

7 hrs a.m., pouls 140, température 103½; 8 hrs a.m., pouls 128, température 102. — 1 dose antikamnia etc.; 9½ hrs a.m., pouls 120, température 101.

L'abcès est ouvert largement et coule facilement. Les deux escarres se soulèvent et donnent libre cours au pus qui s'échappe en abondance. On dirait que cette décharge soulage la malade et on remarque un mieux sensible. Autour des plaies il y a moins d'inflammation. La langue de la malade est moins sèche. La connaissance revient quelque peu. L'urine est plus abondante. Mais la diarrhée n'a pas cessé la nuit dernière et elle continue toute la journée.

10 hrs a.m., pouls 120, température 100¾. — 1 dose antikamnia, etc.; midi pouls 120, température 100⅔. 1 dose antikamnia, etc.; 1 h. à 4 hrs p.m., pouls 116, température 99° on cesse les paquets d'antikamnia, et la température et le pouls s'élèvent de nouveau.

5 hrs p.m., pouls 128, température 100⅔°.

Un peu de délire le soir.

29 décembre, diarrhée et délire toute la nuit. La malade prend du lait et le quinquina.

5 hrs a.m., pouls 120, température 103°; 7 hrs a.m., pouls 120, température 103⅔.

On donne une prise d'antikamnia, etc., à 7 hrs et 9 hrs.

11 hrs a.m., pouls 120, température 100½°; 1 h. p.m., pouls 140, température 102°; 3 hrs p.m., pouls 140, température 105°; 6 hrs p.m., pouls 140, température 104, on donne une prise d'antikamnia, etc., à 6 hrs p.m.

7 hrs p.m., pouls 140, température 101°; 8 hrs p.m., pouls 116, température 100°.

La diarrhée n'a pas cessé, pas plus que le délire. On donne beaucoup de lait bouilli. Mais je cesse le quinquina, car je crois que c'est lui qui augmente la diarrhée. Je donne beaucoup de brandy et de vin.

30 décembre, le délire a continué toute la nuit, mais la diarrhée a diminuée. La malade urine beaucoup, et l'urine ne contient pas d'albumine. La langue est sale.

5 hrs a.m., pouls 140, température 105°; 7 hrs a.m., prend de l'antikamnia, etc.; 8 hrs a.m., température 103°, pouls 120; 10 hrs a.m., température 101°, pouls 120; 1 h. p.m., antikamnia, etc.; 2 hrs p.m., température 103°, pouls 140; 4 hrs p.m., température 103¾, pouls 132.

Il n'y a pas eu de délire aujourd'hui, et 4 selles diarrhéiques seulement.

5 hrs p.m., un mieux sensible. La langue se nettoie; elle est humide; 6 hrs p.m., pouls 132, temp. 103¾. — Antikamnia, etc.; 9 hrs p.m., pouls 120, température 103°. — Antikamnia, etc.

31 *décembre*, 6 hrs a.m., pouls 140, température 104°, je continue les paquets d'antikamnia et d'antifébrine auxquels j'ai enlevé le calomel parce que la malade présente un liséré bleu aux gencives.

8 hrs a.m., pouls 116, température 101½. — antikamnia, etc.; 11 hrs a.m., pouls 120, température 99¾; 1 h. p.m., 120, température 101¾. — Antikamnia, etc.; 3 hrs p.m., pouls 120, température 102°. — Antikamnia, etc.;6 hrs p.m., pouls 132, température 102°. — Antikamnia.

La malade prend beaucoup de lait. Elle se sent beaucoup mieux. La diarrhée a complètement cessé, ainsi que le délire. La plaie coule abondamment. La malade demande à manger.

On lui donne un peu de soupe claire qu'elle déguste avec appétit.

1er janvier, 2 hrs a.m., pouls 136, température 104°, antikamnia, etc.; 7 hrs a.m., pouls 120, température 102°, antikamnia, etc.

Malgré la température élevée, la malade se sent bien. Elle a bonne apparence. La langue est nette; les yeux ont plus de vie. L'appétit se réveille. L'intelligence revient.

10 hrs a.m., pouls 120, température 100°;midi, pouls 112, température 99⅔°; 3 hrs p.m., pouls 120, température 101°. — Antikamnia, etc.; 5 hrs p.m., pouls 120, température 102°. — Antikamnia, etc.; 8 hrs p.m., pouls 116, température 100½. — Antikamnia.

La malade dort bien par intervalle. Elle a mangé de la soupe, et de la bouillie. On lui a fait mâcher du bifteck.

2 janvier, 6 hrs a.m., pouls 120, température 103°. — Antikamnia; 7 hrs a.m., pouls 120, température 100⅔; 8 hrs a.m., pouls 114, température 99½.

La malade se sent très bien, demande à se lever. On le lui permet, ou plutôt on l'assied dans une grande chaise, pendant

une dizaine de minutes. Elle mange du bifteck, plus tard de la soupe. Elle prend beaucoup de lait, du vin et du brandy. Je prescris de nouveau la potion au quinquina qu'elle a prise presque sans interruption toutes les 2 heures ou toutes les heures, excepté le 30, le 31 décembre et le 1er janvier.

1 h. p.m., pouls 112, température 101¾°. — Antikamnia, etc.; 2 hrs p.m., pouls 112, température 100; 5 hrs p.m., pouls 120, température 102.

Le soir elle mange de la bouillie.

3 janvier, le sommeil a été très bon.

7 hrs a.m., pouls 120, température 100½°; 9 hrs a.m., pouls 120, température 100°. — Antikamnia, etc.

La malade ne se croit plus malade; elle demande à manger; elle dévore ce qu'on lui donne.

L'escarre à la fesse tombe et laisse béante une plaie énorme, profonde d'au moins un pouce et demi, et large de deux pouces et demi. Cette plaie est couverte d'un pus verdâtre. On fait beaucoup d'antisepsie.

A la paroi abdominale, dans le flanc gauche, l'œdème inflammatoire que j'ai fait remarquer quand je donnais les injections de sérum, a toujours augmenté. Il y a un abcès de formé. J'ouvre cet abcès et il en sort beaucoup de pus.

Je me reproche aujourd'hui devant cette fièvre persistante de n'avoir pas ouvert plus tôt les deux abcès, celui de la fesse et celui de l'abdomen. Je suis sûr que la malade aurait recouvré plus tôt la santé. En effet, après l'ouverture de l'abcès à la fesse, on voit la fièvre tomber ou au moins être moins difficile à combattre par l'antikamnia et l'antifébrine. Et si la fièvre persiste encore après l'ouverture de ce premier abcès, n'est-ce pas dû au second abcès qui n'est pas ouvert. Car après tout, d'une septicémie puerpérale généralisée sans manifestation locale, j'avais fait une infection purulente facile à atteindre et à combattre, et je n'ai pas su profiter à temps de l'occasion propice de guérir vite ma malade. A une autre occasion!

Après l'ouverture de l'abcès au flanc, la température baisse et ne s'élève plus au-delà de 99° F. Le pouls varie entre 100 et 120. La malade entre en pleine convalescence. On ne peut suffire à lui donner à manger.

J'ai tenu à rapporter cette observation dans ses principaux détails, parce que c'est une des plus belles par les péripéties de la lutte de la vie contre la mort; c'est une des plus instructives parce qu'à tour de rôle les divers traitements préconisés contre l'infection puerpérale ont été essayés avec plus ou moins de succès. Successivement on a vu échouer les injections intra-utérines, le curettage, les antithermiques, la quinine, l'antikamnia et l'antifébrine, l'eau froide et le fameux sérum de Marmoreck.

Et quel traitement nous a réussi! Quelqu'un pourrait peut-être, dire, c'est un traitement inhumain. Hé bien! oui, on me l'a dit; mais qu'importe, j'ai sauvé ma malade et si je n'avais pas sa reconnaissance pour remerciement, j'aurais, au moins, la satisfaction d'avoir accompli mon devoir jusqu'au bout. Ne m'était-il pas permis de tenter un suprême effort pour soustraire cette victime à la mort par la fièvre puerpérale. J'ai été surpris comme d'autres du résultat presqu'inespéré. C'est vraiment le cas de dire ici avec le *fameux* Ambroise Paré: *"Je la soignai et Dieu la guarit."*

La lutte fut longue, le traitement héroïque, le résultat miraculeux. C'eût été ma femme que j'aurais mis le même acharnement à la martyriser pour lui sauver la vie et me la conserver. Ah! je demande bien pardon à mes lecteurs de la brutalité de ces mots, de la force de ces expressions; mais, est-ce ma faute, à moi, si j'aime tant la vie pour moi et pour les autres.

Hélas! je me rappelle encore, avec tristesse, les regards empreints de douleur et de désespoir de la pauvre infortunée quand elle me voyait entrer dans sa chambre avec ma seringue hypodermique contenant la térébenthine.

Dans une autre communication, je dirai un mot d'historique du traitement de l'infection puerpérale par les abcès artificiels, du mode opératoire et des résultats qu'on doit en attendre.

PLEURESIES PURULENTES

Variétés bactériologiques, pronostic et traitement (1)

OBSERVATION

Par Dr C. A. DAIGLE

Toutes les pleurésies purulentes étaient autrefois confondues sous le nom d'empyème; les recherches bactériologiques en ont éclairé l'étiologie et les ont divisées en plusieurs espèces dont la marche, le pronostic et le traitement diffèrent. D'où l'importance, non seulement théorique, mais pratique de cette classification.

Plusieurs micro-organismes peuvent donner lieu à la pleurésie purulente, entre autres le streptocoque pyogène, le pneumocoque, le staphylocoque et le bacille tuberculeux, que l'on trouve seuls ou associés et formant des types généralement bien définis.

De ces diverses variétés, la pleurésie à streptocoques est celle que l'on rencontre le plus fréquemment. C'est elle qui a servi de base aux descriptions de la pleurésie purulente que nous trouvons dans les auteurs. On l'observe surtout chez l'adulte et moins souvent chez l'enfant, où l'on rencontre la pleurésie à pneumocoques 74 fois sur 100.

La variété tuberculeuse, tant chez l'adulte que chez l'enfant, surtout chez l'enfant, occupe dans les pleurésies purulentes, ce qui est le contraire de ce que l'on constate dans les pleurésies séro-fibrineuses, une place moins importante qu'on ne l'avait supposé d'abord. Au début, les opinions furent partagées à ce sujet; Aran, Sée, Siredey lui accordèrent peu d'importance; Kelch et Vaillard l'ont considérée, au contraire, comme une des variétés les plus fréquentes. La bactériologie a tranché la question: si la pleurésie séro-fibrineuse est fréquemment liée à la tuberculose, la pleurésie purulente ne reste sous sa dépendance que dans un dixième des cas.

La pleurésie à streptocoques est généralement consécutive et rarement primitive. Elle succède, soit aux maladies générales infectieuses: érysipèle, scarlatine, diphtérie; soit à des affections localisées: maladies du poumon par exemple. D'après une statistique portant sur 56 cas, dans 25 des cas elle a

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 12 mars 1901.

succédé à des affections des voies respiratoires, qui ont été par ordre de fréquence: broncho-pneumonie grippale, broncho-pneumonie, pneumonie, tuberculose, cancer, dilatation des bronches. Le germe peut encore provenir d'abcès de la région cervicale, d'angines suppurées, de phlegmons de la paroi thoracique, abcès du sein et autres, de suppurations de la cavité abdominale. On a aussi prétendu qu'il pouvait s'introduire par la plaie du trocart, à la suite d'une ponction; mais ceci est contesté et paraît aujourd'hui impossible, si l'opération est faite suivant les règles établies par l'antisepsie. A l'autopsie, on trouve quelquefois au voisinage un foyer de suppuration que l'on n'avait pas soupçonné, et d'où le germe a pénétré dans la plèvre.

Anatomie pathologique.

La pleurésie à pneumocoques succède généralement à la pneumonie, malgré qu'elle puisse apparaître sans elle. La pleurésie purulente tuberculeuse peut succéder à la pleurésie séro-fibrineuse aiguë ou être purulente d'emblée. Dans le premier cas, le liquide, d'abord transparent, prend une teinte louche, puis il s'y forme un léger dépot qui tourne à la purulence. Dans la variété streptococcique, l'épanchement est généralement d'apparence séro-fibrineuse, au début, et subit des transformations analogues dans un temps plus ou moins court. Le liquide épanché a des caractères particuliers; il contient une proportion importante de sérum qui se sépare promptement du plasma et il s'y forme, par suite, un dépot qui occupe le quart environ de la partie inférieure du bocal. Ce dépot est plutôt gris que vert; ses globules paraissent sans cohésion et se répandent facilement dans la masse du liquide quand on l'agite. Cet exsudat diffère totalement de l'exsudat de la pleurésie à pneumocoques qui a un caractère purulent d'emblée, et se présente comme un liquide épais, visqueux et verdâtre. Ici, le sérum ne s'échappe pas du plasma comme dans la première variété, et il ne se forme pas de couches distinctes, dont l'une est limpide et l'autre purulente. Cet épanchement est riche en éléments cellulaires; on y trouve des amas de pneumocoques entourés de capsules et formant des masses qui ressemblent au frai de grenouille. On attribue à la capsule du pneumocoque un pouvoir agglutinant et on la considère comme l'élément de la viscosité des exsudats pneumoniques. Dans les formes bé-

nignes et en voie de guérison, on observe souvent des figures de phagocytose.

Les altérations de la plèvre sont moins prononcées dans la pleurésie à streptocoques que dans la pleurésie à pneumocoques; les fausses membranes y sont moins épaisses et moins résistantes. Quand la pleurésie succède à une lésion de voisinage, les lymphatiques sous-jacents ont une apparence blanc nacré indiquant qu'ils sont gorgés de pus. On observe quelquefois des fusées purulentes aboutissant à des points assez éloignés. La formation de foyers métastatiques dans d'autres cavités, telles que le crâne, est plus rare; cependant on a observé de la méningite suppurée, ayant donné lieu à des accidents épileptiformes et à des morts rapides.

Dans la pleurésie tuberculeuse, on trouve, dans la plèvre épaissie, des follicules tuberculeux, avec des cellules géantes et le bacille de Koch. Les lésions prédominent du côté de la plèvre pariétale, ce qui démontre que la tuberculose de la plèvre n'est pas ici consécutive à la tuberculose pulmonaire.

La dégénérescence des organes, quelque soit la variété de pleurésie purulente, survient à une époque indéterminée de la maladie; elle peut se manifester quelques mois après son début, et il peut s'écouler des années avant qu'elle n'apparaisse. J'ai eu occasion d'observer dernièrement un cas où la suppuration existe depuis trois années, sans qu'il y ait aucun signe extérieur indiquant une dégénérescence du foie ou des reins Il y a eu dans ce cas ostéite et carie des côtes avoisinant de nombreuses ouvertures fistuleuses, comme la chose se produit généralement dans les suppurations prolongées.

Les déformations de la cage thoracique et du poumon, consécutives aux pleurésies purulentes, n'offrent rien de particulier; elles sont en tout semblables aux déformations qui peuvent succéder à la pleurésie séro-fibrineuse.

Symptomatologie.

Pour ce qui est de la symptomatologie, les troubles fonctionnels y sont également les mêmes. Les signes physiques seuls présenteront quelque différences: à l'auscultation par exemple, on entendra quelquefois le murmure vésiculaire avec un épanchement considérable La pectoriloquie aphone sera abolie d'après quelques-uns, et on n'entendra plus la voix chuchotée, dans les épanchements tenant en suspension des globules de

pus ; mais il y a ici une apparente contradiction ; pourquoi en effet entendrait-on davantage le murmure vésiculaire et moins la voix chuchotée ? Du reste le signe de Bacilli n'a plus l'importance qu'on lui avait d'abord attaché. L'existence d'une voussure limitée de la paroi thoracique a plus de valeur, de même que l'existence d'un œdème circonscrit, que l'on rencontre surtout dans les épanchements à forme streptococcique, et rarement dans les épanchements à pneumocoques. Les symptômes généraux, une étiologie suspecte et la marche de la maladie pourront éclairer davantage le diagnostic. Dans la pleurésie à streptocoques, la fièvre sera souvent très marquée ; il y aura alors amaigrissement et affaiblissement prononcés du malade, avec apparence commune aux états typhoïdes et aux infections. La marche de la maladie, rapide dans ces cas, pourra cependant affecter des formes moins graves, suivant le degré de virulence infiniment variable du streptocoque. Il y aura même des cas où l'on ne pourra noter de fièvre. On constatera d'ordinaire un engorgement des ganglions de l'aisselle due à l'infection streptococcique.

La pleurésie à pneumocoques peut être primitive ou succéder à une pneumonie ; la coexistence ou l'existence antérieure de cette dernière maladie pourra la faire présumer. Son mode de début est variable et elle n'a de particulier, au cours de son évolution, que l'absence d'œdème et la fréquence des vomiques, qui s'y produiraient dans la proportion de 25 par 100 d'après quelques-uns, et de 40 par 100 d'après d'autres.

Pronostic.

La pleurésie tuberculeuse n'a rien de spécial, quant aux signes physiques. Elle s'installe d'ordinaire avec moins de bruit que les autres et son début est souvent insidieux. Elle a une marche plutôt lente, mais le pronostic n'en est pas moins grave, car elle se termine exceptionnellement par guérison et conduit généralement à la cachexie et à l'envahissement général par la tuberculose.

Le pronostic de la pleurésie à pneumocoques est des plus favorables ; cette particularité tient au fait que le pneumocoque est doué de peu de vitalité ; on constate que sa vie est limitée et que sa virulence s'épuise dans un temps relativement court, qu'il s'agisse d'observations faites en vitro ou sur le malade.

Cette variété de pleurésie peut guérir par résorption, par enkystement ou par vomique; ce dernier mode de terminaison est particulièrement fréquent, surtout dans la pleurésie précédée de pneumonie ou pleurésie métapneumonique. La vomique se produit généralement vers la 3e ou la 4e semaine.

Le pronostic de la pleurésie streptococcique est en général beaucoup plus grave que les autres, par suite de la nocivité plus grande du streptocoque et de sa tendance à envahir l'économie entière, à y amener un état septicémique général, résultant de la résorption des toxines. Le streptocoque se conserve mal dans les cultures aérobies et y perd sa virulence; dans la cavité pleurale, étant à l'abri de l'air, il trouve un milieu éminemment propre à son développement.

Diagnostic.

Le diagnostic précis de la nature de l'épanchement a une importance, non seulement au point de vue du pronostic, mais aussi au point de vue du traitement, qui nécessite parfois une intervention prompte et opportune. On soupçonnera d'abord la purulence de l'épanchement si la fièvre persiste au-delà des limites ordinaires. Les notions étiologiques, les accidents généraux et quelques signes physiques, tels que: résistance au doigt, voussure limitée, œdème des parois, pourront confirmer cette opinion. Quant à sa nature bactériologique, la marche de la maladie, l'œdème des parois, l'engorgement des ganglions axillaires, la concomittance d'une pneumonie ou l'existence d'un terrain tuberculeux pourront, suivant les cas, la faire présumer; mais la ponction exploratrice et l'analyse de l'exsudat pourront seuls donner une certitude à ce sujet. Le streptocoque y apparaîtra, comme à l'ordinaire, en chaînettes longues et flexueuses. Le pneumocoque pourra aussi affecter cette disposition en chaînettes dans l'épanchement pleurétique, mais ses grains ou cocci seront plus gros, moins nombreux et de forme allongée; ses chaînettes moins longues et plus rigides ne présenteront pas les flexuosités des chaînettes à streptocoques; de plus les grains du pneumocoque auront ordinairement une capsule facile à colorer. Cette disposition en chaî-

nettes, qui est de nature au premier abord à faire confondre le pneumocoque avec le streptocoque, se retrouve dans les inflammations des synoviales et des séreuses en général.

Pour préciser davantage la nature du micro-organisme et constater s'il est associé ou non à d'autres espèces microbiennes, il est nécessaire de recourir aux cultures. Les inoculations dans la cavité péritonéale du cobaye, pourront, si on le désire, renseigner sur son degré de virulence.

Les cultures se pratiquent d'ordinaire sur bouillon, sérum, gélatine et gélose. Le streptocoque se développe de préférence dans les milieux additionnés de sérum ou de sang; le pneumocoque est plus actif dans les milieux liquides que dans les milieux solides; le bacille tuberculeux se développe sur les milieux à base de sérum ou de glycérine, à l'exclusion des autres. La culture du streptocoque des angines, des broncho-pneumonies des pleurésies purulentes, sur bouillon, se trouble parfois très rapidement après douze heures; elle peut s'éclaircir deux ou trois jours après ou rester troublée un temps plus ou moins long. Quelquefois le liquide n'est pas réellement troublé, mais prend un aspect ondoyant que l'on attribue à la présence de très longues chaînettes restant en suspension. Les cultures sur bouillon sérum et bouillon sang présentent les mêmes caractères. Sur gélose, en stries, il se forme de petits mamelons blancs, de 1 à 2 millimètres, qui, en se développant, peuvent former une bande blanc grisâtre, ayant l'aspect d'une feuille. Sur plaques il se forme de petits disques jaunâtres; on voit apparaître des prolongements formés de longues chaînettes de streptocoques; ces prolongements se mêlent les uns aux autres et donnent à la culture un aspect caractéristique. Le streptocoque, qui est anaérobie facultatif, paraît cependant conserver davantage ses propriétés, surtout sa virulence, quand il est à l'abri de l'air.

Les cultures de pneumocoques, en bouillon, troublent à peine le liquide; on observe un très léger nuage dans les vieilles cultures et un dépot grenu très minime. Sur gélose on obtient de petites colonies brillantes hyalines, ressemblant à des gouttes de rosée. Dans les milieux artificiels, le pneumocoque apparaît dépourvu de sa capsule; il ne conserve tous ses carac-

tères que dans les milieux liquides albumineux, sérum ou bouillon additionné de sang.

Le bacille de Koch, comme nous l'avons vu, ne se cultive que sur un certain nombre de milieux, les milieux à base de sérum ou de glycérine. L'examen microscopique et les cultures sont quelquefois nuls et ne donnent aucun résultat! On y trouve même rarement le bacille et Fraenkel disait: Si on ne décèle aucun organisme dans l'exsudat, on a affaire à une pleurésie tuberculeuse. La tuberculine ne peut s'employer sans crainte et l'inoculation est le seul moyen de contrôle quand les cultures n'ont rien donné. Le liquide à injecter est recueilli avec de grandes précautions aseptiques, afin d'éviter que l'animal ne succombe à une péritonite banale. Le sujet est sacrifié vers la 3e semaine, s'il n'a déjà succombé. On lui trouve alors des lésions tuberculeuses évidentes: le foie et la rate augmentés de volume présentent des granulations, petites si l'affection est au début, plus grandes et quelquefois caséeuses, si la maladie a eu le temps d'évoluer.

Traitement

Le traitement, de même que le pronostic des différentes formes de pleurésies purulentes, varie; ce qui découle des observations faites précédemment sur la nature même des germes infectieux qui les causent.

La pleurésie à pneumocoques, qui est d'un pronostic moins sombre que les autres, par suite du peu de vitalité de ce microorganisme, a une tendance à se terminer par résorption, par vomique ou par enkystement.

Je reçois de temps à autres la visite d'une patiente, ayant souffert de pleurésie, il y a quelques années, et dont l'épanchement paraît s'être enkysté. Il y a matité, absence de vibrations et de murmure vésiculaire sur une certaine étendue du thorax, à gauche. Sa santé n'en paraît pas affectée, si ce n'est que les troubles de la digestion produisent facilement chez elle des palpitations, et qu'elle souffre parfois de tiraillements et de douleur au côté correspondant. On n'a jamais osé plonger le trocart dans cette cavité, de crainte d'aggraver un état, qui n'est pas mauvais, après tout.

Cependant, dans cette variété, comme dans les autres, il ne faut pas laisser la nature à ses seules ressources, à cause des complications ultérieures: déformation de la cage thoracique et du poumon, dégénérescences, etc., qui peuvent suivre les longues suppurations. Il vaut mieux pratiquer la thoracentèse, qui, à elle seule, réussit très souvent à guérir le malade, sans qu'il y ait lieu de recourir à la pleurotomie. On aura recours à cette dernière opération, seulement si le liquide se reproduit cinq jours après la première ponction. Si la reproduction de l'exsudat est plus lente, une deuxième ponction sera peut-être suffisante. Si le pneumocoque est associé à d'autres micro-organismes, la situation pourra différer ainsi que la ligne de conduite à tenir. Si l'inoculation a révélé un degré prononcé de virulence il vaudra mieux recourir à la pleurotomie et ne pas s'attarder à la thoracentèse.

Dans la pleurésie à streptocoques, ces derniers ayant une tendance à déterminer une infection généralisée, par la toxicité de leurs produits de secrétion, il vaudra mieux recourir à une intervention prompte et énergique. On sait que le streptocoque est doué d'une grande vitalité et que le milieu pleural privé d'air, est éminemment favorable à son développement; aussi la reproduction du liquide sera-t-elle incessante après une simple thoracentèse: la pleurotomie devra donc être pratiquée le plutôt possible; elle sera suivie de lavages antiseptiques si la température ne tombe pas après l'évacuation du liquide, si la secrétion est abondante ou s'il y a, subséquemment, tendance à la putridité. On administrera en même temps des toniques au malade et on pourra lui injecter le sérum antistreptococcique.

La plèvre devra être respectée, au contraire, et le traitement sera plutôt palliatif, dans la forme tuberculeuse. On pourra ponctionner si l'épanchement est assez abondant, sans cependant faire une évacuation complète du liquide, de crainte de blesser le poumon et de favoriser l'évolution des tubercules. On pratiquera de nouveau la thoracentèse après un certain temps, s'il y a lieu, et il ne restera qu'à instituter le traitement antituberculeux, à tonifier le malade. La pleurotomie sera évitée; en effet le peu de tendance du poumon, longtemps com-

primé, à combler le vide pleural, laisserait une plaie béante qui pourrait s'infecter et devenir rapidement mortelle; le moindre inconvénient de cette opération serait la persistance d'une fistule inguérissable.

Observation. — Il s'agit d'un cas de pleurésie purulente offrant quelqu'intérêt par l'énorme quantité de liquide épanché, relativement à l'âge du malade, et par les excellents résultats obtenus par l'intervention. La maladie débute le 24 janvier, chez l'enfant de M. X..., petite fille de 4½ ans. Au moment de la première visite, elle a de la fièvre, de l'agitation et elle tousse. L'auscultation révèle quelques symptômes de bronchopneumonie, qui persistent les jours suivants sans que rien de nouveau n'apparaisse. Son état est d'abord attribué à l'influenza qui sévit. La fièvre se maintient dans la deuxième et la troisième semaine, époque ou se dessinent les premiers symptômes d'un épanchement dans la cavité pleurale gauche; il y a matité, absence de vibrations, diminution progressive du murmure vésiculaire, puis déviation du cœur à droite. La température oscille autour de 103 puis s'élève jusqu'à 104. L'épanchement augmente toujours; il y a bientôt œdème et voussure de la paroi thoracique. Je propose la thoracentèse; les parents s'y opposent. Je demande alors une consultation dans l'espoir de les convaincre de la nécessité de l'opération ou tout au moins de dégager ma responsabilité. Le médecin consultant approuve l'intervention, mais comme les fonctions rénales s'accomplissent encore d'une manière satisfaisante et qu'il ne faut pas brusquer les choses, il conseille la temporisation, tout en administrant la pilocarpine durant quelques jours. L'état s'aggrave; la fièvre se maintient toujours à 103 et 104; la dyspnée est intense; le cœur dévié au-delà de la ligne médiane bat avec peu d'énergie; le ventre est ballonné par refoulement des organes abdominaux et la paroi thoracique bombe comme une poche du côté malade. La question de l'intervention se pose de nouveau. J'avertis une dernière fois les parents que l'enfant peut mourir d'un instant à l'autre et qu'il faut agir promptement. Ils se décident alors à laisser pratiquer l'opération reconnue comme seule et dernière ressource. Le 16 mars, la ponction est faite avec l'aspirateur qui, au grand étonnement

du père, nous permet de soutirer quatre chopines (2½ bouteilles au-delà) de matière purulente. On comprend maintenant le danger couru par l'enfant et l'opportunité de l'intervention. Comme on est mieux disposé, je préviens immédiatement les parents qu'une opération plus importante sera nécessaire si l'épanchement se reproduit dans les huit jours qui vont suivre. L'enfant est d'abord très soulagé par cette soustraction de liquide; le cœur bat plus à l'aise et la dyspnée disparaît; mais la fièvre ne tombe pas complètement et peu à peu la matité revient. L'analyse bactériologique du pus, qui avait du reste toutes les apparences d'un exsudat à streptocoques, laisse voir de longues chaînettes: le pronostic est encore défavorable. Huit jours après la pleurotomie est jugée nécessaire et, le 24 mai, cette dernière opération est pratiquée après injection dermique d'une solution de cocaïne, à 2 pour 100. Une large incision est faite sans que l'enfant accuse de douleurs, si ce n'est sur la fin, à l'ouverture de la plèvre. Une quantité considérable de pus s'échappe de nouveau; un gros drain est introduit dans la cavité et la plaie est recouverte du pansement antiseptique ouaté enveloppant tout le thorax. La secrétion étant très abondante, le pansement est renouvelé tous les jours dans la semaine qui suit. Dès le lendemain de l'opération, l'état de la malade s'est considérablement amélioré; c'est presque une résurrection. La dyspnée n'existe plus, le pouls s'est relevé et la fièvre est tombée à 98°; il n'y a pas lieu de pratiquer le lavage antiseptique qui avait été remis au pansement subséquent. Les jours suivants, l'état général de la petite malade s'améliore encore rapidement; elle ne demande plus à boire mais à manger; la vigueur, le teint et l'embonpoint même reviennent très vite. L'enfant sollicite bientôt le privilège de quitter son lit; il semble que le drain qu'elle porte ne l'incommode nullement et il faut attacher le pansement avec une certaine solidité pour éviter qu'elle ne le déplace. Le 30 avril, le drain est enlevé; la suppuration est tarie et la plaie, toujours protégée du contact de l'air par le pansement antiseptique continué jusqu'à occlusion complète, se referme bientôt.

L'enfant paraît maintenant jouir d'une santé parfaite, et il n'y a chez elle aucune trace apparente de la maladie dont elle a été affectée.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE

Nous entendons parler du traitement de cette maladie spéciale causée par un agent infectieux spécifique, bien qu'inconnu encore. Nous laisserons de côté les autres affections au cours desquelles le flux intestinal sanguinolent peut se montrer.

L'agent infectieux qui cause la dysenterie se trouve dans le sol, dans l'air, dans l'eau; il ne se développe qu'avec le secours de causes secondaires: climat, saison, mauvaise hygiène, refroidissement, paludisme surtout.

La dysenterie est aiguë ou chronique.

Les formes légères sont les plus communes heureusement; les formes graves sont caractérisées anatamo-pathologiquement par de la gangrène de l'intestin et cliniquement par du collapsus algide ou par un état typhoïde.

Prophylaxie. — Usage exclusif d'eau filtrée ou bouillie et fouettée, abstention des fruits verts et des aliments indigestes, précautions contre refroidissements brusques (ceinture de flanelle).

Traitement. — La dysenterie est une maladie localisée au tube digestif, aussi le régime occupe une place prépondérante dans le traitement à instituer.

Au début l'on donnera exclusivement du lait, du bouillon dégraissé; l'on pourra couper le lait d'eau de chaux, d'eau de Vichy ou d'un peu de thé ou de café. Plus tard, l'on permettra les décoctions d'orge, de riz, la décoction blanche de Sydenham, l'eau albumineuse, les potages au lait, les œufs mollets. D'après Watkin-Pitchfort, le régime qui convient à la dysenterie, c'est le bouillon et le pain rassis beurré; le régime lacté n'aurait point d'influence heureuse, dans certains cas il serait presque nuisible.

Quand les symptômes aigus se seront amendés, l'on conseillera une alimentation plus substantielle qui cependant ne devra

comprendre exclusivement que des viandes tendres et faciles de digestion (volailles, ris de veau, viande crue pulpée) les œufs peu cuits, les poissons maigres, les huitres, les pâtes et les purées de féculents au lait.

Seront interdits les crudites, les légumes verts, les sauces, les graisses, les fromages, les pâtisseries, les sucreries, toutes les boissons alcooliques.

Le traitement médical est presque essentiellement constitué par la méthode évacuante; au début il est même utile de joindre aux purgatifs un vomitif qui sera toujours l'ipéca.

Les purgatifs modifient le caractère des selles, il ne faut pas les donner à fortes doses et s'en abstenir au début des formes graves. Ils sont formellement contre-indiqués dans la forme à collapsus algide.

Les purgatifs seront: le sulfate de soude, la crême de tarte, le sel de Seignette et le calomel.

Depuis Annesley, les Anglais s'adressent au calomel. Il est employé à doses massives (10 à 15 grains) ou à doses filées, suivant méthode de Law (1 grain en 10 paquets, 1 d'heure en heure).

Segond associe le calomel à l'ipéca:

Ipeca	0½ grains.
Calomel	3½ grains.
Extrait d'opium	1 grain.
Sirop de nerprun	q. s.

Pour 6 pilules à prendre dans les vingt-quatre heures.

L'ipéca n'a pas seulement qu'une action vomitive. Donné en infusion à petites doses pour éviter l'action vomitive, l'ipéca excite la secrétion biliaire et la secrétion intestinale; ses effets cliniques se traduisent par la suppression des hémorragies, par la modification des selles qui redeviennent imprégnées de bile et reprennent l'aspect fécal.

Segond avait remis en honneur la méthode brésilienne. Cette méthode d'administration est la suivante: Sur 30, 60 ou 120 grains de racines concassées d'ipéca, on verse 1 verre, 8 onces d'eau bouillante; on laisse macérer pendant 10 à 12 heures, puis on décante et l'on fait prendre la macération. L'on répète la même opération pendant 3 ou 4 jours. La première in-

gestion provoque presque toujours des vomissements et des évacuations alvines plus nombreuses. La tolérance s'établit et les selles changent rapidement de caractère.

Delioux de Savignac a remplacé l'infusion par la décoction:

Poudre d'ipèca.....60 grains.

Faire bouillir cinq minutes dans :

Eau.....10 onces,

Filtrez ot ajoutez :

Sirop d'opium..... 1 once.
Eau de canelle ..... 1 once.

A prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure. L'opium assure la tolérance.

Quant à l'opium comme médicament à employer contre la dysenterie, il serait dangereux de l'administrer avant d'avoir modifié les selles. Nombreuses sont les observations d'hépatites à la suite d'une brusque suppression du flux dysentérique.

L'opium ne serait permis que conjointement aux purgatifs pour atténuer le ténesme.

Au début pour calmer les douleurs, on aura surtout recours aux moyens externes: cataplasmes, compresses humides chaudes, bains de siège, bains tièdes généraux, embrocations huileuses.

Selon Walkin-Pitchfort, l'ipéca sans émétique, la poudre de Dower n'ont donné que des désillusions dans les cas graves.

Les absorbants: sous-nitrate de bismuth, etc., sont comme l'opium, dangereux au début de la dysenterie. Ils favorisent la rétention des matières septiques dans l'intestin.

La médication antiseptique par l'iodoforme, la naphtaline, le salol, etc., ne donne pas des résultats bien brillants. Lardier et Pernet ont préconisé l'iodoforme à la dose de 5 à 6 grains par jour, associé à la poudre d'opium en 5 ou 6 cachets; Kartulis a vanté la naphtaline à la dose de 5 grains, 3 à 6 fois par jour.

Les lavements médicamenteux ont tenu une place importante dans le traitement d'une maladie presque exclusivement localisée dans ce gros intestin.

L'auteur déjà cité Watkin-Pitchfort, qui rapporte dans le *British Medical Journal*, du 10 novembre 1900, les résultats de

ses essais thérapeutiques faits au Natal, s'élève contre l'emploi des lavements accompagnés de massage abdominal qui peuvent amener des ulcérations de la muqueuse intestinale; il n'est pas très enthousiaste des lavement antiseptiques.

Au début l'on n'emploiera que les lavements émollients: décoction de graine de lin, de racine de guimauve, d'eau amidonnée, de solution saline. Ces lavements sont souvent mal supportés.

Dans la forme gangréneuse l'on a préconisé les lavements de décoction de quinquina (2 à 4 drachmes par pinte d'eau) de liqueur de Labarraque (1 drachme pour 8 onces d'eau).

A une période plus avancée l'on peut s'adresser aux lavements astringents: tannin, 30 à 60 grains; ratanhia, 30 à 150 grains; écorce de chêne, 1½ once; extrait de saturne 45 à 75 grains pour 8 onces d'eau. L'on peut encore essayer des lavements cautérisants modificateurs: nitrate d'argent, 1 à 10 grains pour 7 onces d'eau, ou:

Teinture d'opium	2½ à 5 drachmes.
Iodure de potassium	1 à 15 grains.
Eau distillée	8 onces.

DELIOUX ET SAVIGNAC.

ou les lavements hémostatiques au perchlorure de fer (une cuillérée à soupe pour 1 pinte d'eau).

Tous ces lavements sont administrés par le procédé de l'entéroclyse.

Cantani et Kartulis, s'adressent de préférence au tannin qui est doué de propriété antiseptiques incontestables sans être toxique ni irritant.

Il convient, pour combattre le collapsus algide des formes graves de la dysenterie de faire des injections de caféine, d'éther et surtout de sérum artificiel, etc.

Voilà brièvement donné le traitement à peu près universellement reconnu de la dysenterie.

Quelques auteurs ont préconisé des traitements nouveaux de la dysenterie.

Watkin-Pitchfort a obtenu de bons résultats de l'administration d'un mélange de chlorure de mercure, de bismuth et d'opium.

Mais la formule qui lui a donné le plus de succès est un mélange d'*Izal*, de sous-nitrate de bismuth, de teinture de chloroforme et de morphine; elle a donné des résultats remarquables au début ou à une période avancée.

Le docteur Berthier prescrit au début des lavements chauds d'une pinte ou d'une chopine contenant en dissolution 2 à 4 grains de bleu de méthylène. On donne deux à quatre lavements par jour.

Il faut les donner après une garde-robe pour assurer leur tolérance. Le malade sera étendu sur le dos, le bassin un peu relevé pour faciliter la pénétration dans tout le gros intestin. Le lavement sera donné en plusieurs temps et sera gardé le plus longtemps possible.

Le ténesme et les épreintes cessent rapidement, les garde-robes deviennent plus rares. Au bout de un ou deux lavements, de un à deux jours le plus tard, la bile revient dans les selles. Ce retour de la bile est le meilleur indice de l'amélioration de la dysenterie.

Polioff a, dans trois cas de dysenterie, employé des lavements profonds d'ichthyol à 3%. Le nettoyage de l'intestin est d'abord obtenu par une once d'huile de ricin, puis on donne un premier lavement de 1½ chopine, le deuxième lavement (même quantité de liquide) se donne six à huit heures plus tard. Le nombre des lavements n'a pas dépassé 3 à 7 pendant deux jours dans les cas rapportés par l'auteur.

Poliloff déclare avoir constaté, sous l'influence de ce traitement, une amélioration considérable de l'état général, survenant dès après le premier lavement. Le ténesme douloureux cesse, les malades peuvent dormir, les douleurs de la fosse iliaque gauche disparaissent rapidement, l'appétit renaît et le pouls s'améliore. Dans aucun cas on a constaté d'aggravation de la maladie.

L'auteur explique l'action favorable de l'ichthyol par l'antisepsie locale.

Le docteur Saint-Philippe traite l'entéro-colite dysentériforme des enfants par la poudre de guarana très fraîche.

C'est à la macération qu'il a recours :

Poudre fraîche de pâte de guarana.....10 à 30 grains.
Faire macérer à froid pendant 24 heures dans 2 ou 3 onces d'eau bouillie.
A prendre par cuillerée à café ou à soupe sans interruption à toutes les deux heures.

La dose moyenne est de 10 grains, pour les 24 heures, pendant les deux premières années et de 15 à 30 grains au plus pour les enfants plus âgés.

On peut sucrer ou ne pas sucrer. Il faut remuer le mélange de façon à faire absorber la poudre. Le goût n'est pas désagréable et les enfants acceptent bien cette préparation. Le traitement sera continué aussi longtemps qu'il sera nécessaire.

La dysenterie aiguë de moyenne intensité est justiciable du ou plutôt des traitements que nous venons de tracer.

La dysenterie grave à forme gangréneuse, phénomènes algides, exige la plus grande prudence dans l'administration des purgatifs et l'abstention de l'ipéca. Les traitements locaux par les lavements sont dangereux. Il faudra combattre les phénomènes algides par les injections hypodermiques d'éther, de café, de sérum artificiel. Faire prendre les bains chauds à 38 degrés.

La dysenterie chronique se traite surtout par un régime sévère prolongé et par les lavements de tannin, de nitrate d'argent, d'hypochlorite de soude. Les purgatifs seront prescrits à intervalles éloignés. C'est à cette forme que conviennent surtout les pilules de Segond.

Le tamigène à la dose de 5 à 10 grains 4 à 6 fois par jour rend des services dans les formes chroniques de diarrhée dysentérique.

H. HERVIEUX.

ACTUALITÉS MÉDICALES

L'APPENDICITE A L'ACADEMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

En février dernier, le professeur Dieulafoy, dans une communication retentissante (1) a appelé l'attention des membres de l'Académie de Médecine sur une complication nouvelle de l'appendicite, ce cauchemar universel qui a agité tant de cerveaux et qui a fait le sujet de tant de discussions intéressantes pour le plus grand bénéfice de la médecine moderne.

Il s'agit d'un autre accident non moins redoutable que les autres, bien connus, et qui compte déjà à son actif une symptomatologie d'une extrême gravité suivie, à brève échéance, de mort rapide dans la plupart des cas.

Un sujet quelconque est en proie à une attaque appendiculaire grave; bientôt surviennent des vomissements, séreux, noirs, hémorragiques pures, les symptômes graves se succèdent rapidement et la mort arrive à la grande stupéfaction du médecin, désarmé, pris à l'improviste.

C'est pour prévenir de semblables méfaits que le professeur Dieulafoy a tracé, de main de maître, les signes précurseurs de cette complication grave.

J'ai analysé ce travail au chapitre des analyses, dans le présent numéro, à cause de son importance clinique et des communications ultérieures qui ont été faites sur le même sujet par des maîtres éminents de la science médicale française.

Dans ses conclusions, M. Dieulafoy insiste sur l'urgence de l'intervention précoce en matière d'appendicite. Il est inutile, il est dangereux d'instituer un traitement médical qui masque le danger et qui conduit sûrement à la mort dans les ⅔ des cas.

Toute appendicite reconnue de bonne heure doit être opérée d'urgence. C'est là le dernier mot de la science française sur cette question tant controversée au début.

(1) Le " vomito negro appendiculaire," voir plus bas *analyses*.

APPENDICITE ET ALIMENTATION CARNÉE.

M. Lucas-Championnière, dont la haute autorité scientifique est universellement reconnue, est venu apporter, dans une séance ultérieure, le fruit de son expérience sur cette question. Sans étudier à fond le mécanisme de production de ces hématémèses, il les rapproche des vomissements noirs observés chez les malades opérés pour septicémie péritonéale, pour hernie étranglée, pour cancers ovariens et péritoneaux.

Ces vomissements sont d'abord verts, puis noirs, puis marc de café, puis enfin striés de sang.

Cependant, le traitement aurait donné des succès dans quelques cas rapportés par l'auteur.

Il n'hésite pas à faire un lavage de l'estomac avec une eau alcaline (bicarbonate de soude à 1 p. 100) jusqu'au retour du liquide clair, et il n'hésiterait pas à ordonner ce traitement, même si les vomissements étaient sanglants, contrairement à M. Dieulafoy qui affirme, qu'en agissant ainsi, on s'expose à briser le caillot en formation; chose qui arrive certainement dans les cas heureux. A l'appui de ses avancés, M. Lucas-Championnière rapporte l'observation d'une femme enceinte de six mois, atteinte d'appendicite, qui fut opérée d'urgence; l'appendice était gangrené. Accouchement le lendemain; apparition des vomissements noirs deux jours après l'opération. On fit deux lavages à 12 heures d'intervalle; la malade guérit.

L'auteur ajoute que ces cas se rencontrent surtout chez les malades dont l'intestin ne fonctionne pas, et chez ceux qui ont été opérés " alors que l'infection du péritoine s'est encore étendue et généralisée du fait même de l'ouverture du ventre."

M. Lucas-Championnière est étonné du grand nombre de cas observés dans ces dernières années. Sans doute, dit-on, l'appendice a existé de tout temps, mais on en faisait autrefois des typhlites et péri-typhlites mal interprétées; et, si elle n'existait pas officiellement c'est donc qu'on ne la connaissait pas.

Cependant cette affirmation ne renferme qu'une part de vérité car on est surpris que des faits aussi nombreux et aussi variés aient pu échapper à l'esprit si aiguisé de nos prédéces-

seurs; il résulte, de l'observation des faits, que les accidents graves que l'on signale chaque jour sont, pour la plupart, nouveaux.

L'auteur donne une statistique très suggestive. Il a toujours eu pour habitude d'ouvrir les abcès de la fosse iliaque. Or de 1882 à 1899 le nombre des abcès ouverts est de 34; tandis que, de 1899 à 1900, il est de 19. Comment expliquer cette recrudescence dans un si court espace de temps? Une enquête générale permettrait d'élucider ce point et d'établir à la fois si, réellement, l'appendicite n'est pas une maladie nouvelle due à des causes nouvelles.

M. Faisans a accusé l'*influenza* ou la *grippe* de donner naissance à des épidémies d'appendicites. Et c'est vraisemblable.

D'autre part, les follicules et les glandes lymphoïdes de l'appendice, communiquant avec les lymphatiques des ovaires et de l'utérus, sont des voies toutes préparées à la propagation à distance de la fièvre puerpérale.

Ailleurs, les injections intestinales (auto-intoxications par encombrement) ont déjà à leur actif plus d'un appendice gangrené, et l'influenza, favorisé par l'*excès d'alimentation carnée*, a pu trouver, très souvent, un intestin tout préparé à la virulence des germes anciens et nouveaux.

L'auteur pense que les excès d'alimentation carnée sont la grande cause de tous les méfaits de l'appendicite et *tutti quanti*.

En effet, en analysant un peu ce qui se passe autour de nous, il remarque que le régime alimentaire s'est prodigieusement transformé. On a fait disparaître le maigre et le jeûne pour le remplacer par la viande. Et ceci est plus frappant dans les pays où la consommation de viande est considérable. Ainsi, en Angleterre et en Amérique, l'appendicite a régné à l'état épidémique. Un observateur éminent, M. Keen, de Philadelphie, a pu dire que le tiers de la population en était atteint.

M. Championnière, en faisant une enquête spéciale sur les habitudes des appendicités, a vu qu'ils faisaient un usage excessif de viande: "j'ai vu périr un adulte, dit-il, qui se vantait de ne jamais manger ni fruit, ni légumes, et ne consommait pas de pain."

Sur ce point, l'auteur conclut donc que l'appendicite est une maladie plutôt nouvelle due à l'excès d'alimentation carnée qui encombre les intestins et provoque des crises d'auto-intoxications qui se propagent à distance, spécialement à l'appendice vermiforme.

L'APPENDICITE ET LES PURGATIONS.

Passant à un autre point de pathogénie important, M. Lucas-Championnière oppose l'excès d'alimentation carnée, provoquant des crises d'auto-intoxication, à la disparition de certaines précautions hygiéniques qui ne sont plus de mode.

Ainsi, on a perdu la bonne habitude des purgations.

Or, c'est pour ainsi dire " la seule antisepsie valable de l'intestin." Il est alors possible, d'après cette conception nouvelle, de comprendre que les entérites et les infections intestinales prennent une fréquence extrême et que la multiplication des appendicites en soit une suite incontestable.

On comprend également un autre point que l'auteur met en relief: à savoir la curabilité de l'appendicite par le traitement médical: ces guérisons comporteraient des erreurs de diagnostic. " La parenté de ces infections et de l'appendicite est telle, dit-il, qu'elle est la source des erreurs de diagnostic les plus communes. Elle explique la divergence des opinions sur la curabilité de l'appendicite, parce que les sujets qui ont de l'infection intestinale, sans avoir encore d'appendicite, guérissent sans opération, tandis que ceux qui ont vraiment de l'appendicite ne guérissent que par l'ablation de l'organe malade. Chez ces sujets, qui ont quelques symptômes analogues à ceux de l'appendicite et faciles à confondre, la purgation dissipe aisément les accidents."

Voilà qui est nouveau et satisfaisant. Et il ajoute: " les purgatifs favorisent l'évacuation du tous les toxiques de l'intestin; l'opium en favorise la stagnation et achève l'envahissement de l'appendice qui se pouvait éviter."

Ce qu'il faut, c'est de s'efforcer de *prévenir l'intoxication intestinale*, or l'usage du purgatif, dans certaines circonstances, est une première mesure; l'hygiène de l'alimentaiton en est

une seconde; les deux aidant, nous devrons voir l'appendicite subir une baisse dans les observations futures.

Et l'auteur conclut que le purgatif est une médication *préventive* de l'intoxication intestinale, et, par suite, de l'appendicite future.

M. Albert Robin, développant le dernier point de la question, à savoir l'infection intestinale et les purgatifs, appuie les remarques de son collègue.

En faveur de l'infection intestinale, il affirme que c'est la dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie qui existe à l'origine.

Ces malades consument une grande quantité de matières azotées: il arrive qu'il y a stase cæcale de matières acides qui prédisposent à une infection. Ainsi, sur 1,585 cas de ce genre, l'auteur a constaté 82 fois des accidents appendiculaires. Et la preuve qu'une alimentation azotée en excès puisse donner lieu à ces accidents est faite par l'analyse des matières excrétées par ces gens.

Tandis que, à l'état normal, la proportion d'azote éliminé est de 5.4 p. 100, chez les hypersthéniques elle est de 12.61 p. 100. Rien de surprenant alors à ce qu'une stase prolongée de ces matières irritantes provoque les accidents que nous connaissons.

Passant au deuxième point de la question, M. Robin dénonce l'opium, qu'un grand nombre de praticiens s'empressent de prescrire dès qu'ils constatent une douleur au point de Mac Burney. Il a toujours eu pour habitude de prescrire l'huile de ricin chaque fois qu'il constate l'existence d'un boudin cæcal, et il s'en est toujours félicité.

" Bien entendu, dit-il, *je ne considère pas les purgatifs comme un moyen de traitement de l'appendicite*, mais comme un moyen prophylactique, bien supérieur à l'illusoire antisepsie intestinale et qui s'adresse à l'une des conditions génératrices les plus importantes de la maladie appendiculaire. *L'opium, administré comme on le fait maintenant, est parfaitement capable d'aggraver une crise appendiculaire commençante.*"

Les conclusions qui se dégagent de ce dernier chapitre sont les suivantes:

Le purgatif est le meilleur moyen de faire l'antisepsie de l'intestin.

Il ne peut, à aucun moment, guérir une appendicite déclarée.

Il agit comme moyen prophylactique en empêchant la stase de matières alimentaires azotées qui irritent l'intestin.

APPENDICITE ET VERS INTESTINAUX.

A l'appui de ses éminents confrères, mais sur un terrain absolument nouveau, M. Metchnikoff, de l'institut Pasteur, a cherché les relations qui existent entre l'appendicite et les vers intestinaux.

Une malade étant sur le point d'être opérée pour appendicite, il eut la curiosité d'examiner ses selles au microscope; il y trouva des œufs d'ascaries et de tricocéphales. Immédiatement, on administre un purgatif précédé de *santonine*; de nombreux vers sont expulsés, l'appendicite, ou plutôt la pseudo-appendicite disparut. M. Lemoine rapporte deux cas semblables. Plusieurs observations identiques tendent à prouver le rôle considérable que ces vers peuvent jouer dans l'appendicite.

Davaine rapporte le cas d'un appendice perforé qui laissa passer quarante-sept ascaries; Brun, en opérant une appendicite à froid, y trouve un cadavre du lombric, etc.

De tous ces faits, M. Metchnikoff conclut à l'origine helminthiasique fréquente de l'appendicite.

L'ascaride peut produire des érosions de la muqueuse et l'ensemencer avec les microbes dont il est couvert. Dans certains cas, leur effet sera nul, mais dans d'autres, il y aura infection sérieuse.

A l'appui de cette affirmation, l'auteur rapporte, dans les termes suivants, l'observation d'un interne de l'hôpital Laënnec: " Il y a quelques jours, dit-il, on m'apporta des coupes d'un appendice, enlevé à une fille atteinte de péritonite. L'interne a trouvé dans le canal appendiculaire deux tricocéphales, et, dans l'épaisseur de la muqueuse, la partie antérieure de l'un

de ces parasites. En examinant ces coupes, j'ai pu me convaincre que le tricocéphale, après avoir perforé cette couche, a provoqué une réaction inflammatoire de l'appendice. Cette inflammation est due aux microbes inoculés par le ver et surtout à de nombreux streptocoques. Au milieu de ces bactéries on peut voir un grand nombre de leucocytes polynucléés dont quelques-uns ont dévoré des microbes."

Donc, l'action des nématodes intestinaux est double: action directe par implantation dans la muqueuse, infection de celle-ci par les microbes qu'ils y introduisent.

Assurément, il faudra compter avec eux dans l'avenir. On peut déjà expliquer, jusqu'à un certain point, ces épidémies d'appendicite appelées " familiales," où on a voulu faire jouer à l'hérédité un rôle trop considérable.

Ainsi, la souillure des aliments, par des déjections humaines desséchées sur des légumes consommés à l'état cru, expliquerait un grand nombre de ces épidémies.

Une chose certaine, c'est que ces deux espèces de vers intestinaux se transmettent par des larves qui mûrissent dans la terre ou dans l'eau souillée par des matières fécales renfermant des ascarides ou des tricocéphales.

Cette eau, cette terre, serviraient aux usages domestiques, etc.

Au reste, la guérison de quelques cas d'appendicite par les vermifuges et les purgatifs achève de nous convaincre sur leur rôle.

Il reste donc établi que les vers intestinaux jouent, ici, un rôle qu'on ne leur avait pas attribué jusqu'alors. Il était très important de signaler ce point de pathogénie à l'attention des praticiens.

Et l'auteur termine sa communication par ces lignes suggestives: " Autrefois, c'était une habitude de prendre, de temps en temps, des vermifuges et d'en donner aux enfants; depuis un certain nombre d'années, cette pratique a été abandonnée, c'est là peut-être une des causes de la plus grande fréquence de l'appendicite, signalée par plusieurs cliniciens dans ces derniers temps. La consommation plus grande des légumes et des fruits crus que l'on trouve manifestement en toutes saisons,

aussi l'arrosage des terrains maraîchers par les eaux d'épandage, jointe à la négligence de la cure vermifuge, expliquent un bon nombre de cas d'appendicite."

Les conseils qui se dégagent de cette intéressante communication sont les suivants: examen des selles chez tout malade atteint d'appendicite: vermifuge dans les cas où il est possible de le faire, *santonine* contre ascaries, *thymol* contre tricocéphale; proscription des aliments crus, eau non bouillies, légumes crus, fraises, etc., aux personnes atteintes d'appendicite; donner des vermifuges aux enfants.

Telles sont les données les plus récentes sur la grande question de l'appendicite.

Ce sont des données absolument nouvelles, pour la plupart, et dont la pathogénie suggère des moyens de prophylaxie que tous les praticiens ne manqueront pas de mettre en pratique à l'occasion.

Je résume en des conclusions brèves l'exposé synthétique des pages précédentes.

CONCLUSIONS.

1° Le *vomito-negro* appendiculaire est le résultat d'une infection à distance dont l'appendicite est la cause. Il consiste dans des érosions de la muqueuse stomacale qui saigne abondamment. M. Lucas-Championnière emploie les lavages au bicarbonate de soude à 1 p. 100.

2° L'*alimentation carnée* est l'une des causes premières de l'appendicite, en provoquant chez un grand nombre une hyperacidité qui facilite la stase des matières fécales et prédispose à l'auto-intoxication.

3° Les *purgatifs* (huile de ricin) réalisent l'antisepsie la plus complète de l'intestin et empêchent souvent, en le débarrassant de son contenu, des attaques ultérieures d'appendicite.

Le purgatif agit comme traitement préventif. Lorsque l'appendicite est déclarée, il n'y a qu'un seul traitement: c'est l'ablation de l'organe. (Lucas-Championnière, Dieulafoy et autres).

4° Les *vers intestinaux*, ascaries et tricocéphales, peuvent

provoquer des attaques d'appendicite en lésant la muqueuse du canal et en l'infectant par les microbes qu'ils portent.

Les vermifuges et les purgatifs sont deux moyens préventifs que nous devons employer plus souvent au bénéfice du public en général.

J'ai cru qu'il était de notre devoir de mettre de nouveau la question devant le public médical.

Je lisais dernièrement, dans une revue médicale de cette province une observation où l'auteur semblait croire à la bienfaisance du traitement médical.

Appendicite évidente, mort foudroyante, malgré la glace et l'opium.

Aujourd'hui, avec les maîtres les plus autorisés de tous les pays, et après les communications qui viennent d'être faites, nous devons combattre cette manière de traiter l'appendicite.

En nous inspirant des conseils que l'Académie de Médecine vient de donner à tous ses adeptes, nous veillerons plus attentivement à la sécurité de l'intestin par des vermifuges ou des purgatifs, suivant les indications. Mais, lorsque l'appendicite sera formellement déclarée, nous n'hésiterons plus à conseiller l'opération hâtive.

J.-A. LeSage.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MEDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 23 Avril 1901.

Présidence de M. Hervieux.

Procès-verbal.

Les minutes de la dernière assemblée sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

— *Non-hérédité de la tuberculose pulmonaire*, par le docteur J.-E. Dubé, (ce mémoire sera publié en juin).

Discussion: M. Demers, appuie les données du travail de M. Dubé et fait quelques remarques sur les distinctions qu'il faut faire entre l'hérédité de la graine et l'hérédité du terrain.

— M. Lecavalier, donne des statistiques locales à propos de la mortalité par tuberculose pulmonaire dans la province de Québec, et développe sommairement l'idée de créer des sanatoriums pour les tuberculeux en général.

— M. LeSage, cherche à différencier l'hérédité directe de la contagion. Les travaux récents semblent négliger un peu plus qu'autrefois le point d'hérédité de graine pour s'attacher davantage à la contagion. La plupart des cas seraient dûs à la contagion qui se ferait soit par voie ascendante, (vagin, etc.,) soit par voie descendante (vaisseaux sanguins ou lymphatiques par adhérences péritonéales, ou ascite à la suite de péritonite tuberculeuse).

L'alcoolisme serait une des grandes causes prédisposantes.

D'autre part les gouvernements, les municipalités devraient pourvoir à la création de sanatoriums où les tuberculeux pourraient faire une cure spéciale.

La " Société Médicale " devrait passer des résolutions dans ce sens et les adresser au Gouvernement pour l'engager à étudier la question sérieusement.

— M. DAIGLE attire l'attention des membres sur l'importance de l'hérédité tuberculeuse en matière d'assurance sur la vie.

— M DUBÉ remercie les membres des remarques qui ont été faites en approbation de son travail.

A propos de la tuberculose dans les assurances sur la vie, il cite des exemples démontrant que des grandes compagnies sont déjà moins exigeantes à ce point de vue.

Dans certaines circonstances spéciales, un individu dont l'hérédité est entachée de tuberculose peut être admis s'il est lui-même en parfaite santé et s'il vit dans des conditions hygiéniques raisonnables.

— *Considérations générales sur l'alimentation et la thérapeutique infantiles*, par le docteur A. DE GRANDPRÉ, (ce travail sera publié en juin).

M. CORMIER cherche à démontrer la différence qui existe entre le lait des différentes vaches laitières.

Souvent il arrive que des enfants, nourris par un bon lait stérilisé, ont des troubles intestinaux.

Cela dépend de la qualité du lait. Les Jersey, en général, donnent un lait trop riche en matières grasses: les cellules graisseuses sont trop grosses et constituent un aliment impropre à l'alimentation des nourrissons.

La même observation peut être faite sur les veaux de ces vaches laitières. Ils ont constamment des troubles intestinaux à cause de cela.

Motions.

A l'occasion du départ de M. le docteur A. de Grandpré, pour Los Angelos, la " Société Médicale " a approuvé la motion suivante faite par M. LeSage.

" La Société Médicale de Montréal regrette le départ de M. le docteur A. de Grandpré.

" Elle le remercie cordialement des travaux scientifiques qu'il a soumis jusqu'à ce jour, et elle exprime l'espoir qu'il obtiendra là-bas le succès auquel il a droit."

Adopté à l'unanimité.

ANALYSES

MEDECINE

Influenza. — (*The Monthly Cyclopedia*, février 1901).

Ce journal donne un excellent résumé de ce qui s'est écrit depuis quelques mois sur l'influenza et son traitement. Il ne faut pas à la légère étiquetter grippe toutes les poussées fébriles catharrales que le médecin rencontre par le temps d'épidémie que nous traversons actuellement. Les catharres bronchiques, les coryza qui peuvent devenir sporadiques ne doivent pas être confondus avec l'influenza. Pour certains auteurs il faudrait toujours chercher le microbe de la grippe avant d'affirmer l'existence de cette maladie. Au point de vue clinique l'influenza typique se caractérise par son début brusque tout aussi brusque que dans le choléra asiatique. Voici quelques-uns des symptômes les plus marqués: céphalalgie très tenace, à type frontal ou orbitaire suivie quelquefois de délire; douleurs aiguës dans le dos ressemblant un peu à la rachialgie de la variole. La langue prend d'après Goodhart, une apparence particulière, elle est tremblante, œdématiée, molle, et recouverte d'un enduit crémeux, épais et sale; l'haleine est généralement très mauvaise. Les sueurs ont également une odeur sui-generis propre à cette maladie. Le coryza peut être assez sévère et s'accompagne souvent d'une toux sèche quinteuse. La température peut varier beaucoup allant à un dégré élevé, mais le plus souvent elle est peu élevée. On peut rencontrer de grandes transpirations et pour Goodhart il faut faire grand cas de l'existence de râles à la base des poumons.

Il est toujours assez facile de faire un diagnostic certain pour peu que l'on s'en donne la peine, et que l'on tienne bien compte des faits suivants: —

1° L'existence constante du bacille de Pfeiffer dans l'expectoration.

2° Le développement simultané des phénomènes respiratoires, digestifs et parfois nerveux.

3° Epuisement profond survenant dès le début nullement en rapport avec la sévérité ou la durée de l'attaque.

Il convient pour éviter toute erreur, d'éliminer toutes les maladies qui ressemblent à l'influenza telles que: la pneumonie, la méningite, la gastro-entérite, la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, et le rhumatisme.

Une première attaque ne donne pas l'immunité, et une personne peut avoir l'influenza plusieurs fois.

On a cité quelques complications cardiaques au cours de la grippe, D. B. Lees et F. Forckheimer ont rapporté des cas de dilatation cardiaque suivie de syncope mortelle.

James Donelan rapporte plusieurs observations de malades qui ont présenté des hémorragies d'origine trachiale après la grippe.

J. S. Bury attire à bon droit l'attention sur les complications nerveuses au cours de l'influenza et les divise en deux groupes. Dans le premier groupe, — le plus important, — il fait entrer le type comateux qui est parfois fatal, et le type délirant. Dans le second groupe il place la grande variété de désor-

dres du système nerveux qui font suite à la grippe. Il s'agit de neurasthénie, d'hystérie, d'épilepsie et toutes les variétés de psychoses, encéphalite, hémorragies cérébrale, embolie, thrombose des artères, des veines ou des sinus. La moëlle épinière peut être endommagée, soit dans ses méninges, soit dans ses différents faisceaux nerveux.

Pour W. H. Broadbent, le système nerveux peut devenir malade sous l'action des toxines et les malades présentent des névrites, des névralgies, ou de la neurasthénie, tout comme dans la diphtérie. Les malades dont le système nerveux est déjà en branle sont les premiers à présenter ces complications.

Il n'existe pas de traitement spécifique de l'influenza et jusqu'à ce que quelque savant découvre un sérum, le meilleur traitement consiste dans le repos au lit, le peu d'emploi des drastiques et surtout à obtenir du malade de ne pas laisser la chambre avant la disparition complète de tous les symptômes quels qu'ils soient. Il faut à tout prix bien faire la ventilation de la chambre du malade et même de la maison entière. Pour combattre l'extrême faiblesse qui fait suite à la grippe il convient de prescrire l'extrait fluide de Coca et la noix vomique. L'eau froide et l'opium sont contre-indiqués dans la grippe. Le bain chaud calme bien les douleurs musculaires et l'énervement. Le régime doit être léger et liquide.

J. E. DUBÉ.

Le vomito negro appendiculaire, par le prof. DIEULAFOY (Séance de l'Académie de Médecine de Paris, 12 février 1901).

Dans le numéro de l'*Union Médicale* du mois dernier (mars) M. Marien a fait l'analyse d'une communication de M. Poirier devant la Société de Chirurgie. On y a vu que les conclusions du professeur Dieulafoy, a savoir *opérer vite* dans l'appendicite, avaient trouvé leur pleine justification dans les succès opératoires du rapporteur.

Or, il n'est pas sans intérêt de suivre, en médecine, les développements que cette question nouvelle apporte chaque jour.

Récemment, dans une communication à l'Académie de Médecine, le professeur Dieulafoy a attiré l'attention de ses collègues sur une complication nouvelle de l'appendicite à savoir, le *vomito negro appendiculaire.*

Ce symptôme alarmant consiste dans des hématémèses graves, mortelles même, survenant au cours ou au déclin d'une appendicite. M. Dieulafoy rapporte les cas suivants qui sont pleins d'intérêt.

Dans le premier cas, il s'agit d'une appendicite datant de quatre jours: on conseille l'opération qui est pratiquée le jour même; pas de péritonite.

Dans la nuit, le malade eut, coup sur coup, deux hématémèses qui l'emportèrent.

Ailleurs, c'est une jeune fille de neuf ans présentant les symptômes d'une appendicite grave; opération le soir même. Dans la nuit, l'enfant est prise de nausées, elle a une hématémèse de 200 grammes. Elle guérit,

Ici, c'est une jeune fille qui présente des symptômes d'indigestion; on lui donne une purge. Bientôt, il y a oligurie, subictère, puis signes d'appendicite. L'opération a lieu, l'appendice est gangrenée; l'ictère s'accentue, la malade est prise de vomissements de sang qui se répètent, elle succombe.

Là, c'est un enfant opéré qui meurt après des hématémèses.

M. Dieulafoy dit que ce n'est pas un fait très rare, puisqu'il a pu en réunir six observations en neuf mois.

Au point de vue *pathogénique,* le rapporteur pense qu'il s'agit d'accidents toxi-infectieux. L'intestin fermé, l'appendice fermée, provoquent une intoxication qui produit des érosions stomacales. Il rappelle l'expérience de Talma qui lie l'intestin chez des animaux et chez lesquels surviennent des érosions de l'estomac qui sont le point de départ d'hémorragies. Il rapporte également une observation de Millard, (1876) où une malade atteinte de fièvre typhoïde, puis subséquemment de péritonite purulente à la suite d'un abcès iléo-cœcal (probablement une appendicite) succomba après avoir eu des hématémèses.

M. Dieulafoy termine en affirmant que l'on considère à tort l'appendicite comme une maladie locale. " Ce qui est à redouter, dit-il, ce n'est pas seulement la péritonite, c'est encore l'infection et l'intoxication de l'économie dues au foyer appendiculaire." Je cite textuellement ses conclusions que l'on pourra lire avec profit.

" On escompte, dit-il, le bon vouloir de l'appendicite et on attend pour intervenir qu'elle soit refroidie; on suppose qu'elle voudra bien attendre, sans encombre, le sixième ou le septième jour, date fixée par l'opérateur, et pendant que l'observateur est là, hypnotisé par l'évolution locale du mal, les agents infectieux et toxiques, partis du foyer appendiculaire, ont pénétré sans bruit dans l'économie, et le drame se prépare. Souvent, après une poussée initiale, l'appendicite semble rentrer dans son repos, mais ce n'est là qu'une apparence: bientôt vont éclater des complications terribles; les unes, infectieuses: infection purulente du foie, infection putride de la plèvre, gangrène du poumon, etc.; les autres toxiques: urobilinurie, ictère grave, albuminurie, oligurie, anurie, urémie, symptômes méningitiques, exulcérations stomacales, hématémèses foudroyantes. *Voilà les résultats de la temporisation."*

J. A. LeSage.

CHIRURGIE

De l'hystérectomie abdominale dans l'infection puerpérale. — (Discussion à la Société de Chirurgie de Paris, séance du 27 février 1901.)

M. Rochard. — Dernièrement, M. Picqué a présenté un utérus enlevé par la voie abdominale, chez une femme atteinte de septicémie puerpérale. Cette hystérectomie fut suivie de guérison.

Il est des cas dans lesquels l'utérus est relativement petit, ayant à peu près terminé sa régression, il existe de la suppuration des ligaments larges, suppuration qui, dans l'état de la malade, joue un aussi grand rôle que l'infection utérine qui l'a causée. Ce n'est pas toujours ainsi que se présentent les choses, il est vrai, et les observations rapportées par M. Tuffier ont trait à des infections utérines sans aucune complication annexielle.

Les manifestations pathologiques causées par la septicémie puerpérale étant multiples, j'estime qu'elles doivent être confondues au point de vue de la décision de l'intervention, et qu'il faut poser la question d'une façon beaucoup plus large et discuter la valeur de l'hystérectomie dans la septicémie puer-

pérale, que ses manifestations soient simplement utérines, ou bien encore utérines, annexielles et péritonéales. A ce propos nous apportons les cas analogues que nous avons pu observer. Voici cinq observations, dans lesquelles je suis intervenu, mais, hélas! sans avoir aucune guérison à enregistrer.

Observation 1. — Infection puerpérale, salpingite et péritonite suppurées. Laparatomie quelques jours après une fausse-couche; petit bassin rempli de pus. Mort 10 jours après, de broncho-pneumonie.

Observation 2. — Infection puerpérale. Hystérectomie vaginale un mois après l'accouchement, dans un état très grave, désespéré; mort dans la nuit suivante.

Observation 3. — Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale à pédicule externe dans un cas de péritonite aiguë; mort quelques heures après.

Observation 4. — Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale totale et ablation d'un kyste suppuré de l'ovaire dix jours après l'accouchement; mort dans la soirée.

Observation 5. — Infection puerpérale. Hystérectomie abdominale totale douze jours après l'accouchement; mort dans l'après-midi.

Ces résultats sont peu encourageants, mais ils m'ont donné la conviction qu'il y avait quelque chose à faire.

Si j'ai perdu mes opérées, c'est que chez toutes je suis intervenu trop tard; ce sont des moribondes que j'ai laparatomisées, et je voudrais qu'on eût recours au chirurgien à temps, c'est-à-dire au moment où la malade n'est pas assez infectée pour succomber, alors même qu'on a enlevé l'utérus, source de l'infection. En tout cas, l'on doit tout tenter sur des femmes qui sont irrévocablement perdues.

Du reste, le succès de l'hystérectomie n'est plus à démontrer. De nombreux cas d'extirpation de l'utérus dans l'infection puerpérale, suivis de guérison, ont été publiés.

Il est nécessaire de ne pas confondre les malades qui ont un peu de rétention placentaire ou un peu d'infection utérine à la suite de l'accouchement, avec celles qui quelques jours après l'accouchement présentent des phénomènes d'empoisonnement grave. Auprès de ces dernières il ne faut pas temporiser; il faut se rendre compte du danger que court la malade et malgré le pénible sacrifice de l'utérus, ne pas hésiter à proposer l'hystérectomie.

Quelle hystérectomie faut-il pratiquer? Je me prononce franchement pour l'hystérectomie abdominale: les lésions peuvent être multiples et la laparatomie seule permet de nous rendre compte des complications causées par l'infection utérine.

L'hystérectomie vaginale n'est pas toujours possible à cause de la friabilité de l'utérus.

En résumé, dans tous les cas d'infection puerpérale grave qui mettent directement la vie de la malade en danger, il faut pratiquer la laparatomie. Celle-ci permettra de parer à toutes les éventualités qui pourront se rencontrer. Elle devra être suivie de l'hystérectomie abdominale totale toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un utérus infecté n'ayant pas fait sa régression.

M. Bazy. — Je n'ai à citer que deux faits d'hystérectomie pour infection puerpérale. Dans l'un, il s'agit d'une hystérectomie vaginale. Je fus frappé

de la friabilité extrême de l'utérus sous les pinces qui l'abaissaient avec les plus grandes précautions. L'opération fut complète, mais la malade mourut au bout de quelques jours.

Dans l'autre, l'hystérectomie abdominale totale fut faite treize jours après l'expulsion d'un fœtus macéré. Elle fut extrêmement simple et ne dura qu'une demi-heure en tout. Les premiers jours, amélioration sensible, mais la mort survint trente-deux jours après l'opération; l'hystérectomie a été ici inutile mais elle n'a été nullement nuisible.

M. Segond. — En présence des indications nettes d'une castration totale chez une femme en état d'infection puerpérale, indications possibles mais rares, il est toujours plus sage de procéder par laparatomie que de risquer un morcellement vaginal. Un mois après l'accouchement, il en est tout autrement et l'on peut alors opter entre la voie vaginale et la voie abdominale : affaire d'indications.

M. Terrier. — Ayant eu à soigner un grand nombre d'accidents septicémiques puerpéraux, nous avons employé toutes les méthodes conseillées pour les affections puerpérales : l'irrigation continue, irrigations et injections intra-utérines, injections sous-cutanées de sérum artificiel ou intra-veineuses; elles ne nous ont donné dans les infections véritables, que des résultats déplorables.

Au bout de quinze, vingt et quelquefois quarante jours et après des améliorations passagères qui nous laissaient quelque illusion, nous avons vu les frissons reparaître et la mort être la conséquence de la septicémie.

Désolé de ces résultats, j'ai accepté en principe l'hystérectomie.

La nécessité de l'opération ne doit même plus être discutée. Incontestablement, c'est une bonne opération.

Si l'on n'a pas toujours eu des succès, il ne faut en accuser que l'état très grave dans lequel l'on est intervenu chez les malades.

La voie abdominale est, en pareil cas, la seule acceptable et M. Rochard a bien démontré les avantages de cette voie haute.

A. Marien.

OBSTETRIQUE

Quelques considérations sur la sécrétion lactée chez les femmes. — Budin, dans l'*Obstétrique*, novembre 1900.

Le professeur Budin donne des chiffres très intéressants sur ce sujet. Nous croyons qu'il est utile de les connaître. Les mères de familles, en général, sont trop promptes à se déclarer incapables de nourrir leur enfant nouveau-né. Nous allons prouver qu'elles sont dans l'erreur.

"Dans les jours qui suivent l'accouchement, dit l'auteur, la sécrétion lactée met quelquefois un certain temps à s'établir et ne se trouve pas de suite suffisante." Nous donnons les chiffres de l'auteur dans une observation. Un enfant vient au monde avec un poids de 3,250 grammes; quatre jours après il était tombé à 3,060 grammes, et sa mère ne lui donnait que 218 grammes de lait; on combla la différence avec 202 grammes de lait d'ânesse. Peu à peu le lait augmentant chez la mère, on diminua progressivement la quantité du lait d'ânesse, si bien, que le 14e jour, l'enfant était exclusivement allaité au sein.

Puis l'auteur rapporte une série d'observations où des mères, incapables d'alimenter dès les premiers jours, à cause de complications, lymphangites, gerçures, etc., ont vu la sécrétion lactée se rétablir parfaitement après un certain temps et suffire amplement à l'alimentation du nourrisson.

Observation 1e. — Une mère ne donne le sein à son enfant que d'un côté à cause d'une lymphangite du côté droit. On donne 250 grammes de lait de vache stérilisé pour combler la différence. Après quelques semaines, la guérison s'opère, et la mère alimente son enfant entièrement au sein.

Observation 2e. — Une autre mère accouche, le 3 juin 1900, d'un enfant pesant 3,600 grammes. Une lymphangite du sein droit l'empêche de donner les deux seins ; on donne 250 grammes de lait de vache digéré. La guérison s'opère, on continue la différence de lait artificiel tout en recommandant à la mère de donner à l'enfant le sein qui avait été malade. Après une perte de poids sensible on augmente à 300 grammes la quantité de lait artificiel . Le poids augmente graduellement et le 3 août la mère alimente son enfant exclusivement au sein ; il pèse 4,840 grammes.

Observation 3e. — Une mère accouche d'un enfant débile pesant 2,075 grammes. Il ne pouvait téter. Il est nourri artificiellement durant trois jours. A ce moment, on commence l'allaitement mixte ; le septième jour on donna exclusivement le sein ; la courbe du poids augmenta promptement ; le 21e jour il pesait 6,000 grammes et la mère suffisait à l'alimentation.

Il ne faut jamais désespérer, dit l'auteur, il faut faire sécréter le plus possible la glande mammaire et elle arrive presque toujours à suffire seule.

A l'appui de ce qu'il affirme, il rapporte les faits suivants :

Une personne, le 6 août, ne fournissant que 500 grammes de lait, en donnait 900 le 28 septembre, 1600 le 20 octobre, 1900 le 16 novembre.

Chez une autre, on vit la sécrétion lactée s'élever de 400 à 2,050 du 6 août au 16 novembre.

Une jeune femme accouche de deux enfants. L'un est nourri au sein, l'autre par une nourrice. Elle donne au premier 80 grammes de lait le 5 juin ; peu à peu elle augmente ; le 10 juin, elle allaite le second enfant et donne 900 grammes le 22 ; elle continue d'allaiter ses deux enfants.

Ceci prouve que les femmes dont la glande mammaire fonctionne bien peuvent arriver à fournir de grandes quantités de lait.

A preuve, le fait suivant.

A la maternité de Paris, 14 nourrices allaitaient 40 enfants. Sept d'entre elles ont donné la courbe suivante du 1er octobre 1895 à février 1896.

Le 1er octobre elles donnent 1,657 grammes ; le 15, 1,868 grammes ; le 2 novembre, 1,952 grammes ; le 29 novembre, 2,230 grammes. Une d'elles fournissait 2,545 grammes, l'autre 2,840 grammes. A ce moment plusieurs nourrissons succombèrent à la suite de la grippe. Les nourrices n'ayant plus autant de lait à fournir revinrent aux chiffres primitifs soit en moyenne 1600 et 1431 grammes le 31 janvier. On peut, dit l'auteur, obtenir le rétablissement de la sécrétion lactée chez des femmes qui ont cessé de nourrir depuis un certain temps.

A ce propos, l'auteur cite le cas d'une femme, qui, ayant d'abord allaité son enfant durant les premiers jours, cessa tout-à-coup, envoya son enfant en nourrice en province, et s'administra force purgatifs afin de tarir la sécré-

tion lactée. Sept jours après, ayant appris que le nourrisson souffrait de gastro-entérite aiguë, elle courut chez la nourrice, soigna son enfant, le remit au sein et continua d'allaiter avec succès.

Une autre femme accouche le 3 avril d'un enfant chétif qu'elle confie à une nourrice en campagne, Un mois après, elle reprit son enfant à cause de troubles gastro-intestinaux et elle le confia à une nourrice dans un service d'hôpital où elle fut reçue. Ne pouvant extraire de lait par la pression, on la fit téter par un gros enfant. Le 7 et le 8 mai il n'y avait rien. Le 10 mai, elle donna 5 grammes; le 14 mai, 185 grammes; le 18 mai, 595 grammes; et l'enfant avait augmenté de poids de 2,250 grammes à 3,110 grammes.

"Tous ces faits, dit l'auteur, montrent qu'on ne saurait trop insister sur ce point qu'en surveillant, en excitant la sécrétion lactée, on peut arriver à des résultats absolument inespérés."

J. A. LESAGE.

PÉDIATRIE

Le calomel chez les enfants.—(*Revue internationale de Thérapeutique*).

D'un usage courant, il importe de savoir la dose qu'il est utile de donner aux différents âges, et le véhicule qui lui convient.

Il faut éviter de donner le calomel dans les amandes amères avec lesquelles il forme du sublimé, ainsi qu'en suspension dans le looch blanc. Il ne faut pas l'associer avec l'eau de laurier-cerise, les chlorures (nacl), l'iode, l'acétate ou le carbonate d'ammoniaque, le bromure de potassium, le kermès.

Le meilleur aliment à lui associer est le lait. Un bon véhicule est le miel.

Comme *purgatif*, le calomel se prescrit aux doses suivantes:

0 mois à 6 mois,	2 à 10 centigrammes	par jour.
6 mois à 15 mois,	10 à 20 centigrammes	par jour.
15 mois à 3 ans,	20 à 30 centigrammes	par jour.
3 ans à 5 ans,	30 à 40 centigrammes	par jour.
5 ans, à 12 ans,	40 à 50 centigrammes	par jour.

Comme *antiseptique intestinal* ou *anthelminthique:*

0 mois à 15 mois,	1 centigramme	3 ou 4 fois par jour.
15 mois à 3 ans,	2 centigrammes	3 ou 4 fois par jour.
3 ans à 5 ans,	3 centigrammes	3 ou 4 fois par jour.
5 ans à 12 ans,	4 centigrammes	3 ou 4 fois par jour.

Contre la dysenterie on l'associe à l'opium.

Opium en poudre.. .. ..
Calomel.... .... } *āā* 0 g. 60 centigr.

M. et divisez en douze paquets — de trois à six par jour suivant l'âge de l'enfant.

Contre les oxyures on peut faire des onctions sur la marge de l'anus avec la la pommade suivante:

Calomel.... .... 5 parties.
Axonge.... .... 25 parties.

M... Usage interne.

Comme antidote en cas d'empoisonnement, on donne l'eau albumineuse (eau et blanc d'œuf).

Pour savoir si le calomel contient du sublimé, il suffit d'en tenir en suspension dans de l'eau à laquelle on ajoute de l'iodure de potassium. Il se formera un précipité rouge d'iodure mercurique.

Il faut toujours mentionner le calomel à la vapeur (Scalpel) .

La chorée de Sydenham et son traitement, par Ausset de Lille, dans *Médecine infantile*, décembre 1900,.

L'auteur déclare qu'il n'y a pas de traitement spécifique de la chorée de Sydenham, qu'elle guérit presque toujours et que l'utilité du médicament employé peut toujours être contestée.

En général, les toniques de toutes sortes, l'arsénic et les iodures alcalins sont utiles. L'hydrothérapie sous forme de draps mouillés sera administrée avec profit.

Il faut toujours autant que possible remonter à la cause. Donc, comme règle générale, une bonne hygiène suffira le plus souvent à amener une guérison certaine. Mais dans les cas graves, il est de notre devoir d'intervenir pour diminuer l'intensité des gesticulations qui gênent l'alimentation, produisent des excoriations, etc. Le bromure de potassium et l'antipyrine sont les deux médicaments de choix, surtout l'antipyrine qu'il faut donner à hautes doses.

L'auteur a poussé jusqu'à 7 grammes par jour la dose d'antipyrine chez un de ses malades et ce n'est qu'à ce moment que l'enfant est entré dans la voie de la guérison.

Comby donne des doses équivalentes, 6 grammes par jour.

L'auteur ordonne de surveiller attentivement les malades qui absorbent de si hautes doses du médicament et il conseille de les fractionner beaucoup.

L'antipyrine agirait comme modérateur de l'activité nerveuse en ralentissant les oxydations des centres nerveux car, chez ces malades, le taux des phosphates de l'urine est diminué dans des proportions considérables.

Ce serait le médicament le plus actif que nous ayions pour agir sur la chorée de Sydenham.

J. A. LeSage.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement des crampes dans les jambes.

Le docteur John McDonald, passant en revue les causes des crampes dans les jambes et leur rapport avec la grande pression dans la veine cave inférieure qui n'a pas de valvules, avec la constipation et la compression des veines illiaques qui en découlent, avec la diathèse goutteuse qui détermine la formation de dépôts d'urates dans les muscles tout autour des veines des jambes, dit que dans le traitement de ces crampes il faut (1) faire cesser la constipation; (2(chasser l'acide urique de l'économie; et (3) amener une nutrition meilleure. Il est évident que pour atteindre ce but il faudra tout d'abord un bon cholagogue qui stimulera les fonctions du foie, augmentera ses sécrétions normales, et déterminera du péristaltisme. Ajouter à ce chologague un dissolvant de l'acide urique, la lithine et ses composés par exemple, et la circula-

tion deviendra par là même, plus active et la trop grande alcalinité du sang sera corrigée par le rejet des toxines. Ce traitement aura pour résultat d'activer les échanges qui se font entre le sang et les tissus, le sang deviendra plus capable de rejeter les déchets des oxydations cellulaires, et en même temps les tissus se nourriront mieux. (*New York Med. Jour.*, Nov. 20th 1900).

J. E. DUBÉ.

La nectrianine dans le traitement du cancer.

Qu'est-ce que la nectrianine?

Quelle est son action thérapeutique?

Je tirerai les réponses à ces deux questions d'une communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, dans la séance du 5 janvier 1900.

La nectrianine sont les produits solubles atténués du *Nectria ditissima*, parasite du chancre ou du cancer des arbres.

Pour extraire la nectrianine, l'on fait évaporer au bain-marie jusqu'à réduction au tiers de leur volume, des cultures de deux mois dans le bouillon de raisin. Elles sont filtrées sur papier, puis sur porcelaine. Le liquide obtenu est porté à l'autoclave à 120 degrés. Toutes les spores sont bien tuées par cette stérilisation.

La nectrianine se présente alors sous la forme d'un liquide limpide, de couleur jaune brun.

Voilà en peu de mots la provenance de la nectrianine expliquée, en même temps que son mode de préparation et ses caractères physiques.

Cette découverte est due à M. Bra qui avec M. Monjour à l'hôpital Saint-André de Bordeaux ont été amenés à cultiver ce nectria et à étudier l'action thérapeutique des produits solubles de ce champignon par les observations de Fiessinger sur la fréquence du cancer dans le voisinage des forêts et des vergers peuplés d'arbres chancreux. La similitude d'aspect des tumeurs des arbres affectés de chancre et de celles des vertébrés affectés de cancers fit croire à la similitude des germes. La clinique a prouvé que ces chercheurs n'étaient pas éloignés de la vérité.

La nectrianine injectée sous la peau à des animaux sains, à la dose répétée plusieurs fois par semaine de 5 centimètres cubes, ne détermine généralement aucun phénomène appréciable, aucune perte de poids. Chez les animaux et l'homme cancéreux, elle élève, au contraire, au bout de deux à quatre heures, la température d'un à trois degrés. A doses élevées, cette élévation de température s'accompagne de frissons, de sensation de froid d'accélération du pouls et des battements cardiaques, de soif, de céphalée.

La crise se terminera au bout de quelques heures par des sueurs, de la polyurie, un profond sommeil. Cette réaction peut manquer même chez des cancéreux avancés. Souvent vive à la première injection, elle tend à s'atténuer aux injections suivantes.

La nectrianine paraît aussi douée de propriétés vaccinales. Les animaux vaccinés n'ont jamais présenté de tumeurs expérimentales.

Les malades traités au moyen de la nectrianine étaient affectés ou de cancers inopérables primitivement ou bien de tumeurs opérées, récidivées et devenues absolument inopérables.

Les expériences ont été faites dans les conditions les plus défavorables, les malades ne pouvant pas espérer de guérison.

Les doses pour chaque injection quotidienne n'ont pas dépassé 4 centimètres cubes, non à cause de la toxicité du produit, mais bien parce que ces injections même à moindres doses sont très douloureuses si elles ne sont pas intra-musculaires.

Comme accidents locaux, il n'y a eu que la persistance parfois longue (36 à 48 heures) d'une boule d'œdème douloureuse. Les accidents généraux ont été nuls dans tous les cas. Il n'y a jamais eu d'éruption, ni d'augmentation de la quantité d'albumine chez ceux qui en présentaient et ceux qui n'étaient albuminuriques avant la mise en traitement ne le devinrent pas.

Les observations se répartissent comme suit: Quatorze malades atteintes de carcinômes utérins, un atteint d'épithélioma de la face et un cancer de l'estomac.

Voici les conclusions que ces expériences cliniques ont fait naître:

Modifications de l'état local. — Le traitement par la nectrianine a produit dans tous les cas, une amélioration évidente dans l'état local des malades: arrêt ou diminution des hémorragies, suppression des pertes fétides, ou des secrétions sanieuses, parfois tendance à l'épidermisation du néoplasme et même un temps d'arrêt très net dans son évolution. A côté de ces améliorations tangibles, il y a eu aggravations constantes après la suppression du traitement et amélioration à la suite de la reprise des injections.

Ceci peut avec droit faire croire à une certaine efficacité de cette mycothérapie nouvelle.

Etat général. — Il est impossible de dire que la nectrianine actuelle constitue le remède spécifique du cancer, puisque chez aucun malade l'état général ne s'est relevé; plusieurs ont succombé à la cachexie, chez les autres l'état stationnaire est encore de date trop récente pour permettre de tirer des conclusions.

Il reste néanmoins acquis que la mycothérapie a heureusement influencé l'état local. Et comme cette thérapeutique est sans danger pour les malades, il serait légitime d'en poursuivre l'application sans leur faire perdre pour cela le bénéfice des opérations chirurgicales, ces deux thérapeutiques pouvant marcher de pair.

H. HERVIEUX.

Tétanos traumatique, guérison par la méthode de BACCELLI, par DELORE (voir *Gazette des Hôpitaux*, No 100).

L'auteur analyse les travaux qui ont été publiés jusqu'à ce jour. Il affirme que les résultats démontrent le pouvoir *préventif* de la méthode de Behring et Kitasato (sérum antitétanique) qui injectent leur sérum aux blessés dans le but de prévenir le tétanos, mais qu'elle n'a aucun effet sur le tétanos déclaré.

L'auteur rapporte une observation où la guérison du tétanos a été obtenue par des injections sous-cutanées de solutions phéniquées à 2 p. c. La dose employée a été de 30 centigrammes par 24 heures: une injection de 2 c.c. toutes les 4 heures (méthode de Baccelli). C'était une plaie par arme à feu souillée de terre.

L'auteur reconnaît que l'acide phénique agit sur le bacille de Nicolaïer plus énergiquement que tout autre antiseptique.

Traitement de la blennorrhagie et de la blennorrhée par les injections d'eau oxygénée, par SCHALL, dans *Echo Médical du Nord.*

L'auteur, en face des résultats incontestables de l'eau oxygénée sur les plaies infectées, a pensé de traiter la blennorrhée par ce procédé.

Sitôt la période aiguë terminée, après une chaude-pisse ou avec une goutte militaire, l'auteur commence ses injections d'eau oxygénée en faisant des dilutions au 1/10, au 1/11 ou au 1/12. Il arrive rapidement après deux séances, et souvent dès la première séance à se servir de solutions à 6 ou 9 volumes. La douleur provoquée est parfaitement tolérable et l'effet bactéricide est suffisant. Chez les rétrécis, il faut s'assurer de l'état de perméabilité du canal et détruire préalablement tous les nids de pigeon qui peuvent entretenir l'inflammation et empêcher l'eau oxygénée de pénétrer partout.

L'auteur pratique ce traitement depuis trois mois et il en a obtenu de grands succès.

La guérison en moins d'une semaine a été la règle et le cas le plus récalcitrant a demandé quatorze injections.

Le traitement du rhumatisme articulaire aigu franc par le massage au pétrole. — (Dr SARAFIDIS, dans *Revue Thérapeutique médico-chirurgicale.* 1er février 1901).

L'auteur, médecin dans l'armée roumaine, nous apprend que ce mode de traitement est très usité par la population roumaine, qui traite le rhumatisme, depuis des siècles, soit par des compresses trempées dans des résidus de distillation du pétrole, soit par le pétrol tel qu'il se trouve dans le commerce.

Depuis trois ans, l'auteur préconise cette méthode à l'hôpital militaire de Constantza. Le pétrole contient une matière désinfectante, incorporée à un corps gras qui facilite l'introduction de l'agent thérapeutique dans l'articulation malade.

Comment agit-il ? Probablement par les éléments anatomiques des synoviales qui ont subi une modification pathologique spéciale au rhumatisme.

Ses avantages résident dans la suppression de toute médication interne, dans la rapidité de son action (5 à 7 jours), dans l'absence de complications cardiaques ultérieures et dans le coût peu élevé du pétrole qui se trouve partout.

L'auteur procède de la manière suivante.

Massage, durant dix minutes par jour, du membre atteint, en suivant le courant de la circulation veineuse. Si des papules d'érythème apparaissent sur la peau, on suspend les frictions durant un ou deux jours, pour recommencer ensuite.

"Le malade étant couché dans son lit, on commence par frotter les surfaces malades lentement, jusqu'à ce que la peau se mette à rougir; à ce moment on applique un pansement ouaté, et on recommence le lendemain."

L'auteur rapporte cinquante observations de rhumatisme chronique.

L'auteur a pu revoir un grand nombre de ses malades dans la suite: pas de complications d'aucune sorte.

Il conclut que le pétrole a tous les avantages énumérés plus haut et que, de plus, il permet de traiter le rhumatisme chez les bronchitiques, et les femmes gravides, alors que chez les premiers il est impossible d'administrer le salycilate de soude.

La dose suffisante de bromure et le signe de la pupille dans le traitement de l'épilepsie, par GILLES DE LA TOURETTE, dans *Semaine médicale*, 1900, No 41.

L'auteur exige une durée moyenne de deux ans à deux ans et demi: quelquefois plus, quelquefois moins. *Le traitement doit être ininterrompu,* sinon on court le risque de perdre le bénéfice obtenu jusque là, la grossesse n'est pas exceptée. Il associe les trois bromures dans les proportions suivantes:

Bromure de potassium....	40 grammes.
Bromure de sodium....	
Bromure d'ammonium....	*ää* 12 grammes.
Benzoate de soude....	
Eau bouillie..	1000 c.c,

Une cuillerée à soupe contient *un* gramme de bromures associés.

Généralement l'auteur conseille de donner la dose en deux fois, le matin après déjeuner, et le soir au coucher, dans du lait qu'il considère comme le meilleur véhicule. Il est important de noter l'heure des attaques afin de donner les deux tiers de la dose deux heures auparavant. Ainsi, si l'attaque arrive la nuit, la dose quotidienne étant de six grammes, on donnera 4 grammes le soir et 2 grammes le matin.

Le benzoate de soude a pour but de neutraliser les fermentations intestinales et de favoriser la diurèse.

La dose quotidienne de lait absorbé doit être d'un litre au moins.

Quant à la tolérance, elle varie avec l'âge.

Les enfants supportent mieux que les adultes de hautes doses de bromure.

Entre 3 et 4 ans on peut donner 2 à 3 grammes par jour; vers 8 à 12 ans, 3, 4 et 5 grammes; enfin, chez les adultes, on pourra arriver aux doses de 8, 10 et 12 grammes; chez les personnes âgées, il faut s'assurer des reins.

La dose doit être augmentée durant trois semaines, à raison d'un gramme par semaine pour diminuer dans les mêmes proportions au bout de ce temps. C'est une oscillation ascendante et descendante. Chez les femmes, il vaut mieux prolonger une semaine de plus la dose de la troisième semaine, soit quatre semaines au lieu de trois à cause de la période des règles qui ont un certain effet sur l'apparition ou le nombre des crises.

Le *signe de la pupille,* suivant l'auteur, indique que la dose de bromures est suffisante. Voici, en quoi il consiste.

Si la dose de bromure est faible par rapport à la tolérance du sujet, la pupille est en dilatation moyenne, elle réagit à la lumière et à l'accommodation: si la dose est augmentée, on voit la *pupille se dilater davantage et réagir très lentement à la lumière et à l'accommodation.* Ce dernier caractère, réaction lente à la lumière et à l'accommodation, indique que la dose de bromures est suffisante. Cependant ce signe peut être obtenu au début, puis disparaitre à cause de l'habitude; il faudra surveiller et augmenter.

L'auteur conseille de diminuer les doses qu'au bout d'un an après la disparition des derniers accidents (crises, vertige, etc.). Il arrive aussi que certains malades réagissent à la façon d'une intoxication après un certain temps. Il faut alors suspendre, purger la malade, prescrire le régime lacté, administrer 15 gouttes de teinture de digitale et de scille. On reprend le traitement à dose progressive.

Dans le but de prévenir les accidents cutanés, on prescrit un ou deux bains tièdes savonneux par semaine. L'intestin doit être libre. L'air et une température égale dans la chambre sont d'urgence pour l'épileptique. Il faudra qu'il s'abstienne de dormir durant le jour, les accès revenant plus particulièrement pendant le sommeil. Eviter les excès de coït, les bains chauds, une alimentation trop copieuse, les excès de travail intellectuel.

S'il y a intolérance gastrique, on pourra donner la dose quotidienne de bromure en lavement (2 lavements de 150 grammes d'eau bouillie).

J. A. LeSage.

HYGIÈNE.

Etiologie et prophylaxie de la dysenterie dans les armées en campagne. — (M Simonin, médecin major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et M. Anthony, professeur).

M. Simonin étudie dans son rapport l'étiologie de la dysenterie.

L'agent pathogène n'est pas encore nettement déterminé. Les uns reconnaissent pour cause des parasites animaux, les amibes. D'autres ont incriminé, à tour de rôle, un certain nombre des microbes qui pullulent dans l'organisme, dont ils sont les hôtes plus ou moins habituels. Quelques-uns ont enfin songé à associer, dans ce rôle étiologique, les microbes et les amibes. La tendance la plus générale est celle qui considère l'agent morbide comme un hôte banal de notre économie, acquérant dans certaines circonstances une végétabilité et une virulence spéciales.

L'importance des causes secondes est grande. Il faut citer d'abord les conditions cosmiques: la chaleur, les changements brusques de température, etc.... Viennent ensuite l'usage prolongé d'aliments grossiers, indigestes ou avariés, l'intempérance de boissons (eau, alcool) ou d'aliments, l'usage des eaux banalement souillées par des substances organiques ou excrémentitielles. La fatigue, le surmenage, inséparables de la guerre, en accumulant dans l'organisme les produits de combustion, créent une véritable auto-intoxication, diminuent la résistance phagocytaire et favorisent, au plus haut point, l'occasion à la virulence des germes autochnones de la dysenterie.

Quand la dysenterie a fait son apparition, sous la forme de diarrhée le plus souvent, elle se propage rapidement dans les armées, grâce à l'infection spécifique des milieux ambiants, et à l'encombrement humain inévitable qui multiplie les contacts. C'est alors qu'on voit intervenir à nouveau l'influence de l'eau, du sol et des poussières des habitations spécifiquement souillées par les déjections virulentes. Celles-ci transmettent encore l'affection par les contacts directs ou par les intermédiaires souillés.

Dans l'exposé de nos connaissances sur l'étiologie de la dysenterie, dit le professeur Antony, notre collaborateur, M. le médecin-major Simonin, a dû faire ressortir, en raison de l'ignorance où nous sommes, de la nature du germe de cette maladie, l'importance spéciale des causes secondes: conditions cosmiques, vicissitudes atmosphériques, fatigues, surmenage, influences bromatologiques, infection, contagion. En temps de guerre toutes ces causes agissent simultanément et acquièrent le summum de leur intensité.

La prophylaxie la plus vigilante ne saurait s'opposer à l'action des quatre premières d'entre elles; elle ne peut qu'en atténuer les effets immédiats. La guerre exposera toujours les armées à endurer des souffrances et des privations de toutes sortes et à subir les intempéries, souvent sans aucun abri, et le chef le plus prudent ne sera jamais maître d'éviter à ses troupes certaines fatigues et le surmenage qui en est la conséquence. Ces épreuves, les hommes robustes, endurcis, aguerris, pourront les supporter, à condition d'être ménagés ;les débiles, les recrues se sont toujours montrés incapables d'y résister. Il faut donc, de propos délibéré, retenir loin des troupes belligérantes les hommes faibles et les jeunes soldats aussi longtemps que leur instruction militaire n'est pas complète et leur entraînement assuré. Agir différemment dans l'intention de mettre en ligne de plus gros effectifs est une mesure qui ne peut être suivie que de graves mécomptes.

Les influences baromatologiques sont plus accessibles à nos moyens d'action, réserves faites de certaines éventualités — siège ou retraite — où les troupes seront parfois exposées à de cruelles privations. Une sage administration devra tendre à fournir les armées de vivres en abondance et surtout de vivres frais. La ration alimentaire ne devra être uniquement composée de conserves que par exception. Si l'on veut éviter les troubles digestifs, il est indispensable de considérer ces produits comme des substances destinées principalement à compléter les allocations en vivres frais et à parer aux privations qui seront imposées par suite des événements de guerre.

Tout excès, toute intempérance, devront être sévèrement interdits et réprimés.

Pourvoir les hommes d'une eau de boisson irréprochable constituera toujours une des plus graves préoccupations des hygiénistes militaires. A cet effet, tous les moyens de purification des eaux impures peuvent être utilisés, mais le plus pratique et le plus certain est encore l'ébullition. Les soldats l'adopteront volontiers, si l'on met à leur disposition soit du thé, soit du café, pour corriger la fadeur de l'eau soumise à la cuisson.

Le méphitisme du sol est la source de toutes les infections qui, de banales au début, ne tardent pas à devenir spécifiques; à ces influences s'ajoutent les dangers de la contagion. Elle est à redouter dans le pays où sévit la dysenterie. dans les localités et formations sanitaires, et le long des voies de communication occupées ou parcourues par les troupes contaminées.

Les corps de troupe absorbés par les obligations de la lutte armée n'ont pas le loisir de lutter contre le méphitisme par des mesures de propreté rigoureuse; d'autre part, le service de santé peut à peine, avec les faibles ressources dont il dispose, assurer l'assainissement des champs de bataille et la désinfection de ses établissements hospitaliers. Il semble donc utile, pour parer aux dangers de l'infection, d'organiser dès le temps de paix, un service d'assainissement et de désinfection, qui puisse fonctionner au début même de la mobilisation. Rappelons ici qu'une institution de cette nature a déjà été expérimentée avec succès par les Russes, en 1877.

Dans les pays chauds, où l'impaludisme et la dysenterie acquièrent un caractère particulier de fréquence et de gravité, indépendamment des précautions que nous venons d'exposer, on évitera, si possible, d'opérer pendant la période

de l'année où ces maladies sévissent de préférence, et l'on soumettra les troupes à l'usage de la quinine d'une manière préventive.

Des procédés extemporanés de purification des eaux. — M. SCHUCKING, médecin major de l'armée allemande ; M. Lapasset, médecin major de l'armée française ; M. VINCENT, chef du laboratoire de Bactériologie à l'hôpital militaire d'Anvers.

M. Lapasset étudie la question à un point de vue général.

L'efficacité et la rapidité de tous les procédés préconisés jusqu'à ce jour, dit-il, dépendent de la pureté relative de l'eau. Il sera toujours très difficile de purifier extemporanément et de livrer immédiatement à la consommation une eau bourbeuse ou très riche en matières organiques.

Il faut donc, tout d'abord, ne pas souiller l'eau destinée à l'alimentation et la recueillir avec les plus grandes précautions. Il est indispensable de se servir pour le puisage de récipients spéciaux ou mieux de pompes et de tuyaux aspirateurs qui suppriment toute agitation du liquide.

Il est, en outre, désirable que la purification de l'eau, quel que soit le procédé employé, soit faite sous la surveillance d'un gradé, d'un officier, ou mieux d'un médecin; par suite, il faut donner la préférence aux appareils collectifs et rejeter les appareils individuels dont l'usage et l'entretien ne sauraient être contrôlés.

A défaut d'une purification complète, il sera toujours avantageux de clarifier l'eau par un procédé quelconque, puis de la corriger par l'addition d'acide tartrique ou d'acide citrique.

M. Schucking conseille, pour les troupes en campagne, la filtration de l'eau. Malheureusement, le filtre employé dans l'armée allemande (Schwarm filtre) ne produit pas la clarification d'une eau boueuse ou fangeuse. Pour détruire les bactéries, l'auteur conseille l'emploi du calcium hypochloreux (calcium hypochlorosum), à la dose de 8 milligrammes de chlore pour un litre d'eau. Cette dose anéantit à coup sûr en 30 minutes toutes les bactéries.

Suivant M. Vincent, le procédé de choix pour l'épuration des eaux destinées aux troupes en marche, doit, comme qualités primordiales, être à la fois simple, rapide, efficace et peu coûteux.

De tous les procédés, un des plus efficaces est l'ébullition. Elle a l'inconvénient de prendre du temps et de nécessiter l'emploi de combustible. En outre, elle prive l'eau des gaz qu'elle tient en solution et lui donne un goût peu agréable. Par contre la sécurité qu'elle confère est absolue. Les germes pathogènes primordiaux de l'eau (B. typhique, B. coli, Spire cholérique) sont détruits à 100°. L'ébullition ne nécessite guère d'appareils spéciaux. Les ustensiles en usage pour les besoins culinaires sont suffisants. On peut, pour masquer la saveur désagréable qu'elle confère à la boisson, et pour ne pas devoir attendre son refroidissement complet, recommander l'usage de tisanes ou de petit café.

Les filtres les plus employés sont les systèmes Berkefeld et Pasteur. L'expérience de nombreux auteurs et la mienne propre, me les font envisager tous deux comme doués d'une valeur à peu près équivalente. Le débit de ces filtres est en raison directe de la pression du liquide, et en raison inverse de la durée de leur fonctionnement. De là, nécessité de nettoyages d'autant plus fréquents

que l'eau à filtrer est plus impure. Ces filtres, même lorsqu'ils sont scrupuleusement stérilisés, ne donnent jamais une eau rigoureusement et constamment aseptique. Parmi les rares germes qu'ils laissent passer, on peut trouver aussi bien des saprophytes que des pathogènes. Au bout de quelques jours, il faut les stériliser à nouveau. Deux procédés sont surtout employés à cet effet. Le premier est l'emploi de la chaleur; c'est le meilleur, mais c'est aussi le plus long. Il est difficilement applicable en campagne. Le second procédé (Guinochet) est basé sur l'emploi du permanganate de potasse. Il est plus rapide, plus pratique, mais ne donne pas une stérilisation absolue. Cependant il me paraît suffisant, étant donné qu'il y a toujours quelques rares germes qui filtrent, même lorsque la stérilisation a été parfaite. Certains filtres sont munis de nettoyeur. Ces appareils sont des plus utiles, mais ils sont assez délicats a manier en campagne, surtout lorsque l'eau est fortement chargée d'éléments en suspension. En général les filtres sont d'excellents appareils, d'autant meilleurs qu'ils sont plus simples, mais ils nécessitent une grande surveillance.

Les principaux procédés d'épuration par des moyens chimiques sont basés, les uns, sur la précipitation de certains éléments, qui entraînent avec eux les micro-organismes (ces procédés sont absolument insuffisants). les autres, sur l'emploi de corps oxydants, tels que le permanganate de potasse, de soude ou de chaux, ou encore du brôme, etc. Parmi ces derniers, le procédé Schipiloff au permanganate de K, m'a donné de fort bons résultats; mais dans certains cas la dose de permanganate doit être plus forte que celle indiquée par l'auteur. Le procédé Lapeyrière, que je range parmi les procédés chimiques plutôt que parmi les procédés à filtration, est un dérivé du précédent. La conclusion des études dont il a fait l'objet paraît devoir le faire considérer comme un des meilleurs que nous possédions. Il est pratique et fort simple, ne nécessitant qu'un outillage spécial insignifiant (filtre peu volumineux et d'un entretien facile). Il est en outre très rapide et ne paraît guère coûteux. D'après les travaux de Laveran et Hanriot, il stérilise bien l'eau. Dans ces conditions il me paraît préférable aux filtres-bougies; sa rapidité et sa simplicité le rendent supérieur à l'emploi de l'ébullition.

Un dernier procédé qui me paraît aussi bon que le précédent est celui de Schumburg. D'après les travaux dont il a fait l'objet et que j'ai eu l'occasion de contrôler par moi-même, il détruit le bacille typhique, le coli-bacille, et le spirille du choléra. Il consiste à additionner l'eau à épurer d'une certaine quantité de solution bromurée de brome. L'excès de brome est détruit ensuite par un mélange de sulfite de soude et de carbonate de soude. L'emploi de cette méthode est simple, efficace, rapide et peu coûteuse. Je la crois appelée à obtenir un succès réel.

Conclusions.—Les procédés Lapeyrière et Schumburg sont ceux qui me paraissent devoir mériter la préférence. Ils sont plus efficaces que les filtres, aussi rapides qu'eux, ne nécessitant ni appareils ni entretien. Ils sont aussi sûrs, comme moyens de stérilisation, que l'ébullition, et nécessitent moins de temps. A défaut de ces procédés, l'ébullition ou la filtration pourront être employés: la première lorsqu'on aura lieu d'être particulièrement exigeant au sujet de la stérilité de l'eau (épidémies): la seconde lorsque l'état sanitaire étant satisfaisant, on désirera obtenir rapidement de grandes quantités d'eau de consommation.

Prophylaxie du tétanos dans les pays chauds. — M. CALMETTE, directeur de l'Institut Pasteur, de Lille.

L'étiologie du tétanos dans les pays chauds dérive presque toujours de la souillure des plaies par des parcelles de terre ou par des déjections animales. Le tétanos des nouveau-nés résulte de l'infection de la plaie ombilicale par des linges ou des pansements malpropres.

Les mesures qu'il conviendrait de prendre pour éviter cette cause de mortalité consistent:

1° A généraliser aux colonies, dans les hôpitaux, les ambulances et les colonnes en marche, l'emploi du sérum anti-tétanique pour prévenir le tétanos chez les blessés dont les plaies peuvent être souillées de terre ou renfermer des débris de vêtements.

Tous les blessés par armes à feu devraient recevoir, après le premier pansement à l'ambulance, une injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum anti-tétanique;

2° A entreprendre dans toutes les colonies tropicales l'éducation des matrones ou sages-femmes indigènes et à n'autoriser l'exercice de l'art des accouchements, qu'à celles qui auront justifié de connaissances suffisantes pour assurer, tout au moins, les soins élémentaires d'antisepsie aux femmes et aux enfants nouveau-nés. Il y aurait lieu d'organiser dans ce but, dans chaque centre de colonisation où il existe des médecins, des conférences élémentaires avec exercices pratiques dans les hôpitaux indigènes. Dans ces conférences, on devrait insister particulièrement sur les pansements du cordon ombilical, pansements de la propreté desquels dépend entièrement la prophylaxie du tétanos.

Grâce à cette mesure très simple et peu coûteuse, on épargnerait chaque année un très grand nombre d'existences précieuses pour l'avenir économique des pays dont il s'agit.

E. P. BENOIT.

ERRATUM.

UNION MÉDICALE, numéro d'avril, page 247, ligne 13, au lieu de " et qui appliquent ces dernières " il faut lire " *ces données* à la tuberculose ".

PHARMACOLOGIE

BRONCHITES AIGUES (ADULTES) :

Sirop de capillaire... ....100 grammes
Sirop de diacode..... .. .. 50 grammes.
Eau de laurier—cerise.... ... ... 30 grammes.
Alcoolature de racines d'aconit .... xxx gouttes.

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

GASTRALGIE :

Contre les accès gastralgiques on donnera une à trois cuillerées à soupe de la solution suivante :

Eau chloroformée saturée.. ... .150 g.
Chlorhydrate de cocaïne..... .... 0 g. 50 centigr.
Eau de fleur d'oranger.... .... 50 g.
Eau distillée.... ....100 g.

CONTRE L'EPITHÉLIOMA :

Acide arsénieux.... .... 1 gramme.
Chlorhydrate de cocaïne..... .... 1 gramme.
Orthoforme.... .... 10 grammes,

Délayer dans un peu d'eau et appliquer à l'état de pâte sur la surface cancroïdale préalablement cruentée.

COQUELUCHE :

1o Résorcine ..... 2 grammes.
Antipyrine..... 1 gramme.
Eau distillée..... 70 grammes.
Teinture d'opium..... III gouttes.
Teinture de belladone..... ... VIII gouttes.
Sirop de Codeine..... 10 grammes.
Sirop de gomme..... 20 grammes.

Par cuillerée à café toutes les deux heures pour les enfants au-dessus de 2 ans.

2o Acide phénique cristallisé..... 1 gramme 50.
Glycérine pure..... 10 grammes.
Sirop de Tolu..... 5 grammes.

En badigeonnages dans la gorge au début des attaques de toux.

JUIN 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.
327 — Du choix de l'opération dans le traitement des inflammations chroniques des annexes..... *Legueu*
339 — Analyse chimique des eaux potables au point de vue hygiénique..... *Chopin*

ACTUALITÉS MÉDICALES.

348 — Prophylaxie de la tuberculose..... *Lachapelle*
352— La vaccination..... *Archambault*

REVUE GÉNÉRALE.

356 — Le traitement de la coqueluche ..... *Hervieux*
365 — Les traitements de l'alcoolisme chronique..... *LeSage*

SOCIÉTÉS.

369 — Société Médicale de Montréal, (séances du 23 avril et du 13 mai).....

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

375 — Le Collège des Médecins et les bénéficiaires de la loi Pinault modifiée par l'amendement Roy..... *Benoit*

ANALYSES.

MÉDECINE.

382 — De l'emploi des procédés de laboratoire dans le diagnostic pratique de la fièvre typhoïde .....

CHIRURGIE.

384 — Abcès péri-appendiculaire contenant un calcul au centre duquel se trouve un morceau de fil de lin.— Calcul biliaire extrait de la vésicule par cholécystotomie .... *Marien.*

OBSTÉTRIQUE.

385 — Accouchement forcé pour insertion vicieuse du placenta avec hémorragie. — La chorée gravidique. *LeSage.*

PHARMACOLOGIE.

388 — Traitement des Hémorrhoïdes ....

MEMOIRES

DU CHOIX DE L'OPÉRATION DANS LE TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS CHRONIQUES DES ANNEXES (1)

Par M. FÉLIX LEGUEU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.

MESSIEURS, à plusieurs reprises, j'ai opéré devant vous par des méthodes différentes des lésions de même nature, sinon identiques, des inflammations des annexes. La semaine dernière, je pratiquais ici une colpotomie pour ouvrir une grosse poche de suppuration rétro-utérine. Plus récemment, je pratiquais une hystérectomie abdominale totale pour une double salpingo-ovarite suppurée et ouverte dans le rectum. Je voudrais aujourd'hui vous dire pourquoi, pour traiter ces malades, j'ai eu recours à des voies et à des opérations différentes ; je voudrais en même temps, envisageant la question à un point de vue plus général, profiter de ces exemples pour étudier et discuter les indications de la voie à suivre, de l'opération à choisir pour traiter une lésion inflammatoire de la trompe ou de l'ovaire. Je voudrais en fin de compte vous dire quelle solution comporte la question suivante: En présence d'une salpingo-ovarite opérable, *comment faut-il l'opérer?*

Je dis " en présence d'une salpingite opérable ", car toutes les salpingites ne doivent pas être opérées. Je pense au contraire que beaucoup de ces lésions sont de nature à échapper tout à fait à l'opération, et à plusieurs reprises vous m'avez vu refuser l'opération parce que je ne jugeais pas l'indication suffisamment établie. Depuis quelques années, vous le savez, la chirurgie des annexes est entrée dans une phase heureuse de réaction et de conservation; après avoir beaucoup opéré et peut-être beaucoup trop, les chirurgiens se sont aperçus que des lésions qu'ils enlevaient autrefois systématiquement pou-

(1) Leçon clinique inédite faite à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris et adressée par l'auteur à la direction de l'Union Médicale du Canada.

vaient ou échapper à l'opération ou être convenablement traitées par une opération conservatrice: et déjà dans la première édition de mon Traité de gynécologie, je signalais ces tendances, que depuis lors je n'ai fait qu'accentuer. (2)

Si donc je discute en ce moment le choix de l'opération à faire à une salpingite, j'entends qu'il s'agit d'une lésion dûment justiciable de la chirurgie: j'entends que toutes les tentatives de l'expectation et de la conservation sont restées sans résultat: j'entends enfin que pour une raison ou pour une autre, l'indication d'opérer est nettement établie. Et dès lors de poser la question que je veux résoudre: Comment faut-il opérer?

Voyons d'abord quelles sont les méthodes, que nous avons à notre disposition: j'apprécierai ensuite leurs avantages et leurs inconvénients, il me sera facile ainsi d'en déduire les indications, telles que je les comprends, telles que vous me les voyez définir dans ma pratique de chaque jour.

Dans le traitement des salpingites, plusieurs méthodes se sont succédée qui appliquées d'abord presque systématiquement au traitement des salpingites ont avec des fortunes diverses persisté jusqu'à nos jours.

L'*incision* est la première en date, la plus ancienne, qu'elle se fasse par la voie haute (laparotomie sous-péritonéale) ou par la voie vaginale (colpotomie), l'incision de la salpingite ne s'adresse qu'au contenu, elle laisse la poche; méthode conservatrice par excellence, elle ne convient qu'aux salpingites suppurées aux hématomes suppurés, à toutes les lésions enfin kystiques et suppurées dans lesquelles il y a un contenu septique à évacuer.

Mais la colpotomie n'est jamais que partielle, elle ne rémédie qu'à une partie des lésions, et il est tout naturel qu'elle ait fait place peu à peu à l'ablation de la poche, *à la salpingoctomie* celle-ci, seconde en date, occupa seule pendant longtemps la faveur des chirurgiens après que Lawson Tait en eut montré les avantages et la réelle supériorité.

Mais bientôt après, vers 1887, venait un chirurgien, c'était Péan, qui disait aux laparotomistes ceci: Vous opérez par l'ab-

(2) LABADIE-LAGRAVE et FÉLIX LEGUEU, "Traité médico-chirurgical de Gynécologie."—Paris, 2e édition, 1901.

domen, vous enlevez à travers le péritoine le contenu souvent septique d'une trompe suppurée, vous avez chance d'infecter la séreuse. Moi au contraire, j'opère par le vagin : j'enlève d'abord l'utérus, et je débarrasse ainsi le petit bassin de la " *bonde* " qui l'obstrue. J'ouvre les poches, et le pus suivant les lois naturelles de la déclivité s'écoule à l'extérieur. Les poches annexielles, si elles sont enucléables, je les enlève : si elles tiennent trop solidement, je les laisse en place, elles s'atrophient, elles régressent et on n'a plus à s'en occuper.

Voilà le principe, voilà la raison première de l'hystérectomie vaginale, dans les lésions inflammatoires des annexes. L'opération fit fortune, non sans opposition, et pendant plusieurs années avant et après le congrès de Bruxelles, on vit des opposants de la première heure devenir les défenseurs bien sincères de la méthode ; et pendant cette période, des légions de malades ont dû à cette opération la santé et la vie.

Cependant les laparotomistes ne désarmaient pas : ils opposaient la sécurité précise de leur méthodique opération aux incertitudes souvent confuses de la voie vaginale. L'hystérectomie abdominale vint sur ces entrefaites leur apporter d'Amérique un sérieux appoint ; un des gros points noirs de la laparotomie envisagée dans ses suites éloignées, c'était la conservation de l'utérus, d'un utérus infecté, scléreux, métritique, et qui chargeait l'avenir des opérées du poids de ses souffrances et de sa suppuration.

Les Américains se mettent à supprimer l'utérus par la voie abdominale toutes les fois que l'ablation des deux annexes a été jugée inévitable et nécessaire. Et cette opération parvenait jusqu'à nous, avec la supériorité que lui confèrent ses qualités de précision et de correction. Avec elle on n'est plus obligé de toujours tout enlever comme on le faisait avec l'hystérectomie vaginale, on commence une opération, dont le terme ultime mais non nécessaire, sera, s'il y a lieu, l'hystérectomie abdominale totale. L'opération sera donc le correctif d'un diagnostic insuffisant, et à son tour, voici que l'hystérectomie abdominale s'implante parmi nous, supplante peu à peu l'hystérectomie vaginale et finit actuellement par prendre la première place dans le traitement opératoire des lésions annexielles.

Ce n'est pas tout: toutes les lésions ne sont pas justiciables de l'exérèse totale. Il en est qu'on peut et qu'on doit conserver: des tendances conservatrices légitimes ont abouti à des opérations partielles dont la salpingorraphie, la résection de l'ovaire représentent le type.

Telles sont, Messieurs, les différentes méthodes que la chirurgie contemporaine offre à votre choix, quand une salpingite opérable se présente à vous. Toutes ces opérations ne sont pas d'égale valeur; elles ne répondent pas à des cas absolument semblables. Plusieurs cependant peuvent être appliquées également au traitement d'une même lésion: une salpingite suppurée bilatérale par exemple peut être opérée aussi bien par la colpotomie, par l'hystérectomie vaginale et par l'hystérectomie abdominale. Avant de préciser les conditions de votre choix, je dois donc vous dire quels sont de ces opérations les avantages réciproques et les inconvénients relatifs.

La colpotomie résume à elle seule à peu près l'incision des salpingites.

La laparatomie sous-péritonéale, par voie sous-péritonéale ne convient qu'à quelques cas rares de phlegmons pelviens, de collection haute venant faire saillie au niveau de l'arcade de Fallope; elle est exceptionnelle dans ses applications et dans ses indications, mais elle est indiscutable quand elle est indiquée.

Il n'en est pas de même pour la colpotomie: celle-ci est regardée par certains, par l'école de Lyon entre autres, comme le traitement de choix à appliquer à un grand nombre de salpingites suppurées. La colpotomie mérite-t-elle cet excès d'honneur, cette faveur incontestable? Je ne le pense pas.

La colpotomie n'est qu'une opération avant tout partielle; c'est son avantage, c'est aussi son défaut. Par une incision du cul-de-sac postérieur vaginal, vous ouvrez une collection suppurée saillante à ce niveau: l'opération est simple et sans danger, je l'accorde, vous ouvrez par une incision transversale retrocervicale la poche en question, vous y placez un drain. Que va-t-il se passer? Le foyer évacué, la poche se retracte mais persiste avec ses lésions interstitielles. Si, au-dessus de cette poche, une autre existe que vous méconnaissez, ce second

foyer n'est pas ouvert : et si la communication de plusieurs poches est minime et insuffisante, l'opération n'ouvrant qu'un foyer reste insuffisante. Au bout de quelques semaines, l'orifice se ferme, la malale se croit guérie, elle sort de l'hôpital. Mais suivez-la, recherchez-la trois mois après, et vous trouverez que derrière votre cicatrice fermée, des lésions identiques ou nouvelles poursuivent leur évolution. La colpotomie n'a été qu'une opération palliative; elle a donné, pour un temps, l'apparence et l'illusion de la guérison. Il en est ainsi dans la grande majorité des cas, et j'ai dû à maintes reprises compléter par une opération itérative le résultat imparfait d'une colpotomie préalable.

Dans certains cas, même à titre palliatif, la colpotomie est cependant très précieuse *comme opération d'attente ;* dans certaines infections pelviennes diffuses, avec suppurations évidentes dans le cul-de-sac postérieur, fièvre et mauvais état général, la colpotomie m'a servi à différer pour un temps une opération plus radicale telle que l'hystérectomie; elle permet en effet aux lésions de se condenser en évacuant un foyer principal de suppuration; elle fait tomber la fièvre, et les forces se remontent. C'est alors une excellente opération, mais elle n'est alors, ne l'oubliez pas, qu'une opération palliative, d'attente; ne lui demandez pas autre chose et vous en obtiendrez d'excellents résultats.

L'hystérectomie vaginale est une opération merveilleuse de simplicité et de bénignité: dans des cas simples, faciles, l'opération s'effectue dans l'espace de quelques minutes, et les suites en sont d'une remarquable simplicité. Elle a l'avantage de guérir sans cicatrice, et toutes les objections qu'on lui a adressées, d'être une opération aveugle, rétrograde, de guérir par seconde intention, d'exposer à l'infection tombent devant les faits; j'ai fait plus de 200 hystérectomies vaginales avec une mortalité de 4% et dans cette statistique figurent des lésions extrêmement graves et compliquées et qui, opérées par la voie haute, auraient incontestablement chargé la laparotomie d'une gravité réelle, sinon d'une certaine mortalité.

Et cependant, quoique partisan convaincu de l'hystérectomie vaginale, il y a quelques années, je suis arrivé à délaisser quel-

que peu cette excellente opération et à lui préférer pour un grand nombre de cas la voie haute de la laparotomie. Voici pourquoi: Je reproche à l'hystérectomie vaginale deux graves inconvénients; elle est parfois *excessive* et elle est quelquefois *insuffisante.*

Elle est *excessive* en ce sens que souvent elle a conduit à pratiquer l'exérèse de lésions qu'on aurait pu conserver au moins partiellement. Vous savez comment le diagnostic du degré des lésions est souvent difficile à préciser, comment il est souvent impossible de retirer du seul toucher la notion exacte des désordres à traiter. Or, il est arrivé à tous les chirurgiens qui ont une certaine expérience de l'hystérectomie vaginale de trouver après l'opération des lésions moins graves qu'ils ne l'avaient pensé. On escomptait des lésions bilatérales et accentuées, et on trouve des lésions partielles, unilatérales, avec un côté intact ou à peu près. Mais de cela on ne s'aperçoit qu'au cours ou qu'après l'opération, alors que l'utérus déjà enlevé, vous êtes lancé sans arrêt possible dans la voie de l'exérèse complète. A cet excès, je le sais, d'aucuns ont voulu rémédier en conseillant d'inciser d'abord le cul-de-sac postérieur, de mettre le doigt dans la plaie et d'explorer par cette voie étroite l'état des annexes incriminées. La manœuvre est d'importance toutes les fois qu'il y a doute, cette exploration est indispensable, mais êtes vous bien sûrs qu'elle vous donnera tout le contrôle de la vue, au milieu d'adhérences trompeuses, une idée toujours exacte de l'état des annexes. Pour ma part, je ne le pense pas, et c'est pourquoi je formule contre l'hystérectomie vaginale ce premier et très sérieux grief: elle est excessive, dès le premier coup de ciseau elle condamne à la castration totale, disproportionnée quelquefois avec l'intensité des lésions.

Je dis encore que l'hystérectomie vaginale est *souvent insuffisante*; et ce second grief est tout aussi sérieux que le premier.

Pour être efficace absolument, l'hystérectomie vaginale doit permettre l'ablation totale des annexes malades avec l'utérus. Toutes les fois qu'une partie grosse ou minime de ces annexes est laissée dans l'abdomen, le résultat opératoire n'est pas troublé, mais le résultat thérapeutique est frappé de nullité. La

femme continuera à souffrir et à échéance plus ou moins prochaine vous devrez faire une opération complémentaire par la laparotomie pour enlever les restes de votre première opération.

C'est ce que j'ai fait, il y a quelques jours devant vous, sur une malade à laquelle un de mes collègues avait fait, l'année dernière, une hystérectomie vaginale pour annexite. La malade continuait à souffrir à droite; on lui avait cependant affirmé que la castration avait été totale.

Je trouvais au toucher du côté droit, un peu haut, et loin de la cicatrice vaginale intacte une induration vague, qui me permit d'affirmer qu'un fragment des annexes droites restait à ce niveau et suffisait à expliquer les douleurs. J'ai fait la laparotomie et j'ai trouvé, en effet, l'ovaire droit kystique laissé par mégarde ou par nécessité accolé à la paroi pelvienne; et je l'enlevai.

A plusieurs reprises j'ai dû compléter ainsi par une laparotomie secondaire les résultats défectueux d'une hystérectomie incomplète. Et ces faits m'ont amené à cette conclusion, que les fragments d'annexes laissés au cours de l'hystérectomie persistent, continuent à vivre, et à faire souffrir. Et cette vérité est d'autant plus importante à signaler qu'elle est absolument contraire aux premières assertions de celui qui a le plus fait pour cette méthode, de Péan. Péan escomptait l'atrophie, la régression des annexes qu'il ne pouvait pas enlever. C'est là qu'est l'erreur. Quand encore il ne s'agit que de vastes poches, dont on évacue le contenu, j'admets que les parois puissent revenir sur elles-mêmes, étouffer un foyer d'infection en communication avec l'extérieur. Mais toutes les fois que des lambeaux, des fragments d'annexes ont été laissés au cours de l'hystérectomie, j'ai vu le résultat thérapeutique réduit à néant, et pour moi *l'hystérectomie vaginale incomplète est une opération de nulle valeur.*

Il est pourtant des cas où l'on ne peut faire autrement que de laisser des annexes trop adhérentes, ou des lambeaux trop haut situés. Moi-même qui suis pénétré de la nécessité, avec laquelle j'insiste, de faire une ablation intégrale, j'ai dû quelquefois, à

mon grand regret, abandonner dans la plaie des annexes où trop haut placées ou trop solidement adhérentes. A vouloir insister, je pouvais compromettre l'existence de mes malades; je me heurtais à une impossibilité matérielle, il était plus prudent, plus consciencieux de battre en retraite, de renoncer à terminer complètement une opération que j'avais eu le tort de faire par la voie inférieure, et chez toutes ces malades au nombre de trois ou quatre d'ailleurs, j'ai dû refaire plus tard la laparotomie complémentaire, et celles qui n'en sont pas encore là souffrent toujours et seront un jour opérées.

Voilà, Messieurs, l'écueil de l'hystérectomie vaginale! elle est insuffisante quelquefois, parce qu'elle ne vous permet pas de faire toujours tout ce que vous voulez, tout ce que vous devez faire; elle ne vous permet pas d'enlever toujours toutes les annexes altérées. Elle reste alors incomplète, aujourd'hui et demain elle sera défectueuse.

Il faut reconnaître au contraire que la *laparotomie* nous offre sur ces points tous les avantages que nous refuse l'hystérectomie vaginale. En opérant par la voie abdominale, *on voit ce qu'on fait*, l'opération grâce à la large incision, au plan incliné, à l'écartement de la paroi que je réalise si complètement avec mon écarteur, l'opération toute entière s'effectue sous le contrôle et avec la garantie de la vue.

Dans ces *conditions, on ne fait que ce qu'on veut*, parce que la vue renseignant mieux que le toucher on juge, d'un simple coup d'œil, de ce que valent les annexes malades, on se décide pour ou contre la conservation et cela avant que la première entame du ciseau ait rendu nécessaire le sacrifice total.

Enfin, on fait aussi tout ce qu'on veut, c'est-à-dire tout ce qui sera nécessaire: les annexes sont supprimées des deux côtés si elles sont également et suffisamment malades, leurs adhérences sont détachées sous la vue et si, après une salpingectomie bilatérale, l'utérus, isolé et inutile au milieu de l'excavation, demande à être supprimé, rien de plus simple que de donner un coup de ciseau sur son col et de le détacher au niveau ou au-dessus de ses insertions vaginales. L'hystérectomie abdominale, terme ultime d'une opération complète, opération de cor-

rection d'un diagnostic défectueux, vous permet de faire une castration totale et d'assurer aux résultats éloignés cette perfection qui les met au niveau de ce que l'hystérectomie vaginale complète donnait depuis longtemps. Cette hystérectomie abdominale par ailleurs s'effectue sans charger l'opération d'une excessive gravité.

Sur trente opérations personnelles, je compte une mort. La gravité réside toute entière dans la laparotomie elle-même, c'est-à-dire dans le degré de la virulence des lésions qui la nécessitent, mais le fait même de supprimer en plus l'utérus, l'hystérectomie abdominale n'ajoute par elle-même aucun élément de gravité à l'opération.

Il est impossible, Messieurs, de ne pas se laisser séduire par ces avantages très réels de la voie abdominale dans le traitement des lésions inflammatoires des annexes; ce sont ces raisons qui insensiblement et par degrés m'ont amené à étendre beaucoup depuis trois ans la pratique de la laparotomie. Cependant je ne rejette aucune méthode, chacune répond à des cas différents, elles ont des indications particulières que je vais maintenant essayer de vous définir.

On observe les salpingo-ovarites dans deux conditions différentes suivant qu'elles sont " *aiguës* ou *chroniques* ", et dans les deux cas les indications de l'opération se présentent d'une façon un peu différente.

Mais, pour aujourd'hui, je veux m'en tenir aux indications fournies par les *salpingites chroniques* observées à froid, en dehors de toute poussée de réaction péritonéale. Je suppose donc une salpingo-ovarite chronique, pour laquelle le traitement d'expectation ayant été loyalement exécuté s'impose la nécessité d'une opération. A quelle opération doit-on donner la préférence ?

Il faut tout d'abord envisager à part les lésions *unilatérales* et les lésions *bilatérales*.

La lésion est franchement *unilatérale*, il n'y a qu'un côté de malade; l'intervention de choix est la laparotomie, qui permettra d'enlever la trompe malade et l'ovaire du côté correspondant presque toujours lésé en même temps. Si les lésions sont

plus minimes qu'on ne le pensait, il reste la ressource de faire une opération partielle, d'ouvrir le pavillon oblitéré de la trompe, de le réunir à l'ovaire, de conserver celui-ci, et ces opérations de conservation, quand elles s'adressent à des lésions réellement minimes, sont capables de donner de bons résultats, et, deux fois au moins, j'ai vu sur mes malades la grossesse faire suite à des tentatives de ce genre.

La voie abdominale est bien supérieure pour ces opérations d'exérèse ou de conservation à la voie vaginale; la coeliotomie vaginale pour l'ablation d'une trompe malade ne me présente aucun avantage, et je n'y ai jamais eu recours.

Mais quand la lésion que je suppose toujours unilatérale *est suppurée*, qu'il s'agit d'une poche bas située, en contact avec la paroi vaginale, il est bien tentant de l'ouvrir par la colpotomie postérieure. Je la pratique rarement cette colpotomie postérieure, car il faut à mon avis plusieurs conditions pour qu'elle soit légitime; il faut que la poche soit unique ce qui n'est pas toujours facile d'affirmer à l'avance. Il faut aussi que la poche soit facilement accessible par le vagin. En dehors de ces conditions, je préfère toujours aborder la collection par la voie abdominale et l'enlever complètement par la laparotomie.

Dans les *lésions bilatérales*, nous avons à choisir entre l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale. J'ai dit pourquoi, après avoir été plus partisan de l'hystérectomie vaginale, j'avais peu à peu restreint ses applications.

Les erreurs sur le degré des lésions sont fréquentes et d'ailleurs faciles, la laparotomie seule peut corriger à temps l'inexactitude du diagnostic. Aussi toutes les fois qu'il y a le moindre doute sur l'état du côté opposé, le doute doit profiter à la laparotomie.

Mais alors même que les lésions sont bilatérales, je donne la préférence à la voie abdominale, pour toutes les grosses et pour toutes les petites lésions. Dans les grosses lésions, dans les salpingo-ovarites adhérentes, scléreuses, fermes, qui immobilisent l'utérus dans une coulée d'adhérences, ou pour celles qui sont ouvertes dans la vessie ou le rectum, seule la laparotomie nous permet de faire complètement tout ce qu'il faut et comme il le

faut. Seule la laparotomie vous permet de disséquer ces adhérences, d'isoler l'intestin, d'enlever toutes les poches et en supprimer à la fois les annexes et l'utérus, de faire une opération suffisante. Je donne encore la préférence à la laparotomie dans les petites lésions, alors même qu'elles sont nettement bilatérales, mais là c'est pour une autre raison; ici en effet l'hystérectomie vaginale me permettrait aisément, plus rapidement même d'enlever l'utérus et les annexes, mais les lésions sont minimes, il y a chance de pouvoir conserver l'un ou l'autre côté, de laisser même un ovaire à droite et une trompe à gauche. Cette perspective sera peut-être difficile à réaliser, mais il suffit qu'elle soit possible pour enlever à la voie vaginale sa raison d'être.

L'*hystérectomie vaginale* au contraire me paraît convenir encore actuelement aux lésions *bilatérales basses* et *énucléables*. Ce sont les deux conditions indispensables. Il lui faut des *lésions basses*; pour tout enlever, il faut que tout soit abordable. Or si les annexes sont haut situées, si elles ont des connexions élevées dans la cavité pelvienne, j'ai souvent remarqué qu'il était fort difficile, souvent même impossible de les amener en totalité par la brèche vaginale; on les fragmente, ou les morcelle, mais il reste un pôle supérieure qu'on ne parvient pas à amener, ce qui suffira à atténuer le bon résultat de l'opération. Au contraire si les annexes sont tombées dans le cul-de-sac postérieur sans avoir de connexions élevées, la brèche vaginale de l'hystérectomie est très-suffisante pour les contourner, les détacher et les extraire.

L'hystérectomie vaginale demande encore des *lésions énucléables;* ici il est plus difficile de s'entendre, car ce terme *d'énucléable* est bien relatif et bien discutable. En fait, tout est énucléable en ce sens que même par la voie vaginale on peut détacher et extraire les lésions les plus graves, les plus complexes, je m'en suis assuré. Mais lorsque ces décortications doivent se faire sur des plans de clivage effacés, sur des adhérences solides et serrées, cette manœuvre ne s'effectue pas sans danger de blesser ou la vessie ou l'intestin et par conséquent de créer des désordres graves et difficiles à réparer au fond d'une plaie mal

éclairée. Aussi bien dans ce cas là les lésions ne sont pas énucléables, alors que par la voie abdominale, l'opération se faisant à ciel ouvert se terminera plus facilement, avec moins de danger, avec des dangers plus évitables et plus réparables. Aussi lorsque les lésions sont adhérentes à la paroi pelvienne, lorsque tout le petit bassin est fusionné, que l'utérus au milieu de ces adhérences est immobilisé en bloc, je recours à la voie abdominale. Et au contraire j'enlève encore, par l'hystérectomie vaginale ces lésions moyennes, si je puis dire, prolabées en arrière, collées à l'utérus avec lequel elles font corps et mobiles avec lui, je les enlève par l'hystérectomie vaginale, qui dans ces cas là est complète et non excessive, qui est rapide puisqu'il faut tout au plus de cinq à six minutes pour la bien faire, ce qui, avec un minimum de choc et de gravité immédiate, nous assure dans l'avenir un parfait résultat.

ANALYSE CHIMIQUE DES EAUX POTABLES AU POINT DE VUE HYGIÉNIQUE

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Par le Dr A. CHOPIN
Analyte du Conseil d'Hygiène de la province de Québec.

Au cours des articles précédents (1) le côté clinique de la question a surtout été traité. Ce travail intéresse spécialement les hygiénistes qui se livrent à la pratique de l'analyse. Aujourd'hui nous interpréterons les résultats que ces expériences variées nous ont fournis. C'est une question pratique à la portée de tout le monde, par laquelle tous pourront juger personnellement de la qualité d'une eau potable d'après l'analyse qui en a été faite.

Nous avons déjà dit que l'analyse sommaire suffirait le plus souvent aux besoins de l'hygiène, parceque les éléments qu'elle dose en sont les plus importants. Dans ces analyses, en effet, le dosage des matières organiques l'emporte sur tous les autres en utilité, parceque la possibilité pour une eau de devenir contaminée par l'évolution microbienne à un moment donné (par ce fait même qu'elle peut être un bon milieu de culture) est ce qui doit le plus nous préoccuper.

Qu'une eau cuise mal les aliments, mousse mal avec le savon ou ne désaltère pas, c'est aisément constaté par le premier venu. Mais il faut être expert pour fixer la limite que les substances organiques ne devront pas franchir et au-delà de laquelle une eau devient suspecte ou peut engendrer des maladies. L'interprétation saine des résultats fournis par cette méthode d'analyse sommaire est basée sur de nombreuses observations publiées surtout en Angleterre et aux Etats-Unis.

Oxygène absorbé à 100° *C.* — Une bonne eau potable sera de première qualité et d'une grande pureté si elle absorbe moins de 3 parties égales d'oxygène par million. Elle sera bonne si l'oxygène brûlé est entre 3 et 6 parties par million. Elle sera

(1) Voir *Union Médicale* 1900, pages 518, 602, 619.

suspecte si l'oxygène varie de 6 à 10 parties par million. Au delà de 10 parties elle ne devra jamais être recommandée. Voilà notre opinion à propos de nos fleuves et nos rivières.

D'après J. A. Blair, qui est une autorité dans la matière, les eaux de première classe donneraient moins de 2 m. g. d'oxygène par litre et toute eau dont la proportion excèderait 6 m. g. serait mauvaise et condamnable. Pour les eaux canadiennes et principalement pour celles de la province de Québec, il ne serait pas sage d'accepter ces chiffres comme un critérium. L'aspect géologique et agronomique de l'Angleterre et du Canada est tout à fait différent. Ici, les fleuves et les rivières parcourent des étendues immenses à travers des forêts sans limites, de sorte qu'ils reçoivent en quantité des matériaux organiques d'origine végétale, tandis que là-bas les grandes rivières, qui ressemblent à nos moindres cours d'eau, sont bordées par une population dense, de sorte qu'elles sont plutôt polluées par des matières organiques d'origine animale.

Nous ne devons pas nous guider seulement d'après les chiffres mais encore d'après d'autres raisons étrangères, mais qui ont leur importance. L'analyse en elle-même est exacte et invariable, mais son interprétation est aussi affaire de jugement dans la plupart des cas.

L'au de l'aqueduc de Montréal donne lors de la fonte des neiges une moyenne de 13 milligrammes d'oxygène brûlé par litre et dans les autres temps de l'année une quantité rarement inférieure à 6 milligrammes. Nous guidant sur cette seule donnée nous pouvons tout de suite en conclure que l'eau que nous buvons est suspecte pour une bonne partie de l'année et quelquefois mauvaise. Cette eau devrait subir certain traitement dans le but de la purifier avant de la distribuer. Par la purification de l'eau d'alimentation de Montréal, je suis personnellement convaincu que le nombre des cas de fièvre typhoïde diminuerait en proportion notable et que la santé publique aurait tout à y gagner.

Ammoniaque. — L'ammoniaque libre mesure l'impureté due aux sels ammoniacaux qui en général ont l'urée pour origine, et l'ammoniaque albuminoïde mesure l'ammoniaque qui naît,

au cours de l'opération chimique, des matières organiques provenant d'amides complexes, tels que les acides amidés, la tyrosine et autres dérivés, ainsi que des substances protéïques non encore finalement transformées.

L'ammoniaque libre peut aussi provenir d'une autre source qu'il est très important de ne pas ignorer, parcequ'elle n'indique plus alors une contamination par les matières organiques. C'est lorsqu'elle provient de la réduction des nitrates par le plomb, le cuivre, le fer ou le zinc dont les tuyaux des conduites d'eau sont composés. Ainsi, même des traces de ces métaux pourront augmenter le chiffre de l'ammoniaque fournie par les corps organiques surtout s'il y a beaucoup de nitrates.

Comme l'eau prise au cabinet de notre laboratoire et analysée contenait toujours une proportion notable de fer, les matières organiques évaluées en ammoniaque libre étaient donc en réalité un peu moindres.

Les eaux très pures, comme les eaux de sources profondes qui ont filtré à travers des couches épaisses de terrains granitiques ou calcaires, à moins qu'elles ne soient souillées au lieu d'émergence ou quelque part le long de leur parcours sous-terrain, sont totalement dépourvues de matières organiques, et ne renferment, ni l'une ni l'autre, d'ammoniaque.

Si l'ammoniaque libre dépasse une partie par dix millions, elle provient presque toujours de la fermentation de l'urée et de sa décomposition en carbonate d'ammoniaque, et l'eau qui la renferme doit, par conséquent, être tenue comme très suspecte, car ce signe indique qu'elle contient de l'urine en solution dans une condition relativement récente, surtout si l'ammoniaque albuminoïde et les chlorures sont en forte proportion. Ne soyez pas surpris si nous avons lieu de rechercher l'urine dans l'eau des fleuves ou des rivières, si vous considérez, par exemple, que la population de Montréal étant évaluée à 250,000 habitants au moins, 250,000 litres d'urine doivent être déversés journellement par les égoûts dans le fleuve St-Laurent, sans compter le surplus fourni par les animaux domestiques.

Beaucoup d'ammoniaque libre, peu d'ammoniaque albumi-

noïde et absence presque complète de chlorures indiquent une eau très délétère, contaminée par des matières végétales subissant une décomposition très active. Nous nous sommes convaincu de ce fait à l'examen de l'eau d'un puits situé à Sainte-Béatrice où ceux qui en firent usage souffrirent tous de maladies d'intestin, d'entérite et de dysenterie.

Si l'ammoniaque albuminoïde excède deux parties par dix millions, l'eau dans laquelle elle entre en aussi forte proportion est condamnable. Pourtant cette forte proportion a déjà été trouvée maintes fois dans l'eau fournie aux citoyens de Montréal.

Lorsque la distillation de l'ammoniaque libre commence à se produire, mais surtout au début de la distillation de l'ammoniaque albuminoïde, après avoir ajouté le permanganate de potassium et la potasse caustique, nous voyons quelquefois s'échapper une vapeur froide par l'orifice externe du condensateur qui répand dans le tube Nessler une forte odeur de marécage. Ce phénomène indique toujours une forte proportion de matières organiques végétales. Nous pourrions tout aussi bien reconnaître de cette façon d'autres corps odorants et volatils.

Lorsque nous ajoutons le réactif Nessler aux deux premiers tubes dans lesquels l'ammoniaque albuminoïde a distillé, si le premier tube est fortement coloré et si le deuxième l'est à peine, il y a indication presque certaine que l'échantillon est contaminé par des détritus organiques d'origine animale.(Prof. Ruttan.)

D'après Vanklyn, une eau de première classe contiendrait moins de deux parties par cent millions et une eau mauvaise au-delà d'une partie par dix millions d'ammoniaque libre. Une eau d'une grande pureté donnerait moins de cinq parties par cent millions d'ammoniaque albuminoïde; une eau qui peut être bue sans danger moins d'une partie par dix millions, et une eau qui en contiendrait plus serait suspecte. Pour notre part, nous croyons que les chiffres de l'ammoniaque albuminoïde donnés par cet auteur sont un peu faibles, qu'ils pourraient être plus élevés sans que pour cela l'eau soit déclarée

mauvaise. A ce compte, l'eau d'alimentation de nos villes et de nos villages serait rarement de première classe. D'ailleurs, comme nous le disions tout à l'heure avec raison, il y a des différences sensibles dans la constitution des eaux potables des divers pays, comme il y a variété dans le climat, la végétation, la géologie.

Nitrites et nitrates. — Les nitrites et les nitrates en solution dans une eau potable, représentant ce qu'on est convenu d'appeler l'azote nitrique, sont proportionnels aux poids des matières ammoniacales ou amidées transformées par les bacilles de la fermentation nitrique. Ils indiquent donc le degré d'avancement de la décomposition naturelle de toute substance organisée.

L'acide nitreux anhydre (Az^2o^3) étant moins oxygéné que l'anhydride azotique (Az^2o^5) les nitrites indiqueront un degré ultime. La métamorphose régressive des corps azotés ne va pas plus loin. De ces faits je tire la conclusion que les nitrates démontrent une décomposition très active et la présence des microbes, et que toute eau qui en est souillée doit être rejetée de l'alimentation. Cependant, il est bon de faire remarquer qu'ils n'ont pas toujours cette mauvaise signification. C'est lorsqu'ils sont le produit, de même que pour l'ammoniaque libre, de la réduction des nitrates par les métaux.

Quant aux nitrates, il est généralement reconnu que la proportion ne doit pas excéder un milligramme par litre pour les eaux de rivières, quoique de bonnes eaux naturelles, principalement des eaux de source, ont pu donner jusqu'à 6 à 20 milligrammes d'azotate de potassium par litre.

Chlorures. — Une eau pauvre en chlorures ne peut être contaminée ni par les urines, ni par d'autres détritus organiques d'origine animale. Aujourd'hui nous attachons moins de valeur qu'autrefois à la quantité anormale des chlorures alcalins dans les eaux potables comme signe de leur mauvaise qualité. De même que les nitrates ils sont relégués au second plan, à juste titre, et ne servent qu'à confirmer les autres résultats. Mais lorsque la proportion excède 20 parties par million il faudra toujours en rechercher la cause. Ils remplissent cependant

une fonction importante dans l'interprétation des résultats, si nous considérons que les eaux de rivière, en général, doivent en renfermer peu, tandis que les eaux de source en contiennent relativement beaucoup. De sorte qu'une eau de fontaine peut encore être bonne à boire avec 30 parties de chlore par million, et une eau de rivière peut être polluée par des matières organiques d'origine animale avec 10 milligrammes de chlore par litre.

Voici l'application la plus utile du dosage des chlorures dans les eaux potables; elle s'adapte à l'examen préliminaire. Analysant l'eau d'une rivière, si nous avons prélevé les échantillons de 200 à 200 pieds de distance, par exemple, et si nous trouvons dans tel échantillon un excès de chlorures pendant qu'il y en aurait relativement bien moins dans tous les autres, nous pourrions tout de suite indiquer l'endroit où la pollution par les matières d'égouts s'est opérée. Il en est ainsi dans les analyses d'eaux de puits fixes. Si, dans toute une région, la proportion des chlorures excédait la normale seulement dans l'eau de quelques-uns d'entre eux, on pourrait avec raison soupçonner leur contamination et entreprendre des analyses plus concluantes, considérant que la nappe d'eau souterraine doit avoir une composition chimique à peu près égale partout.

Matières solides. — Avec le dosage des matériaux solides commence l'analyse chimique de plus en plus complète. Une eau hygiéniquement bonne doit tenir en dissolution des sels alcalins et alcalino-terreux en quantité notable, mais, même pour les eaux de sources réputées les meilleures à boire, cette quantité ne devra jamais dépasser par litre plus de :

Résidu total	**500 mil.**
Résidu volatil	**100 mil.**
Bicarbonate de calcium	**300 mil.**
Sulfates alcalins ou terreux	**25 mil.**
Silice et silicates	**5 mil.**
Sulfate ou chlorure de magnésium	**15 mil.**

Les eaux qui contiennent ce dernier sel en aussi forte proportion doivent être rejetées comme eaux de boisson, car elles ont l'inconvénient d'être d'un goût fort désagréable. Une eau de première qualité laisse par l'évaporation un résidu blanchâtre qui ne doit pas sensiblement changer de couleur par la cal-

cination. La carbonisation du résidu au rouge indique la présence de matières organiques, et le degré de carbonisation représente leur quantité. Les odeurs que ces corps développent s'oxydant au feu nous permettront quelquefois de remonter à l'origine de la pollution. L'odeur de corne brûlée est propre aux matières azotées. Les incandescences sont dues aux nitrates. Cette fusion des nitrates sur le charbon ardent rend l'eau des plus suspecte, car elle démontre par le fait même et leur abondance et la grande quantité de matières organiques, quand bien même le phénomène de carbonisation serait relativement peu développé.

Densité spécifique et degrés hydrotimétriques. — Les eaux naturelles de première qualité, celles qui sont peu minéralisées, comme les eaux de pluie qui ont dissout dans le sol une proportion à peu près toujours semblable de matières minérales, pèsent 1005 à 1015. Les eaux fortement minéralisées pèsent 1015 à 1040 ou même un peu plus. Ce sont les eaux naturelles dont l'acide carbonique libre en solution a dissout une plus forte proportion de matières minérales alcalino-terreuses. Ces eaux peuvent être bonnes à boire, agréables au goût et dépourvues de matières organiques, mais si elles sont rejetées de l'alimentation c'est à cause de leur dureté.

Les degrés hydrotimétriques sont en rapport avec ces sels calcaires et leur sont proportionnels. Ils ne doivent pas dépasser 30° pour les eaux potables servant à tous les usages domestiques et même ce chiffre est considéré comme trop élevé. Nous devons faire ici remarquer que l'échelle anglaise est à l'échelle française comme 0.70 est à 1, fait que nous ne devrons pas ignorer lorsqu'il s'agira de comparer les analyses faites par des chimistes de nationalité différente.

Gaz atmosphériques dissous dans l'eau. — Une bonne eau potable doit contenir de 20 à 55 c. c., de gaz libre, dont la moitié est de l'acide carbonique et dont le reste est un mélange d'oxygène et d'azote dans la proportion de 30 à 33 parties du premier pour 70 parties du second. Il faut que le volume de l'oxygène en rapport avec celui de l'azote en solution dans l'eau potable excède de beaucoup la proportion de l'oxygène en mé-

lange avec l'azote dans l'air. Plus il y a d'oxygène en solution dans une eau, moins les microbes anaérobies ont chance de se multiplier. L'excès d'oxygène favorise l'évolution des saprophytes aux dépens des microbes pathogènes. Alors du moment que la surface de l'eau ne vient plus librement en contact avec l'air extérieur, l'oxygène avec les saprophytes sont en baisse et les microbes qui s'accommodent de la vie sans air entrent en scène. Voilà certainement la raison pour laquelle la glace qui se forme à la surface des eaux contre-balance l'avantage de la basse température, en favorisant l'éclosion des microbes anaérobies et explique la transmissibilité par l'eau de maladies contagieuses (fièvre typhoïde) même en hiver.

Substances délétères. — Toute eau dans laquelle l'analyse chimique révèlera des traces de plomb ou d'arsenic, ou bien, la présence du cuivre, du zinc ou de tout autre métal lourd, est dangereuse à boire et quelquefois toxique.

Toutes les eaux très douces peuvent attaquer le plomb des conduites d'eaux. L'expérience prouve qu'il est inutile de le rechercher dans les eaux dont le carbonate de chaux en solution excède quarante parties par million, car, avec ce degré de dureté elles ne peuvent point dissoudre ce métal. La première eau qui s'échappe d'un robinet rarement ouvert en est quelquefois saturée. Cette dissolution s'opère aisément avec l'eau du fleuve St-Laurent qui est une eau très douce.

Le cuivre est attaqué par l'eau avec beaucoup de difficultés. Aussi les sels de ce métal, moins toxiques que les sels de plomb, sont-ils exceptionnellement rencontrés au cours des analyses. Nous pourrions faire les mêmes observations à propos des sels de zinc.

Une eau d'une grande pureté ne devrait pas non plus renfermer de fer comme la majorité de nos eaux potables. Cependant je suis d'opinion qu'une faible proportion de ce dernier métal dans une eau naturelle n'enlève rien à sa valeur hygiénique. C'est peut-être la bonne voie que la nature a prise pour introduire ce corps dans l'organisme animal, parce que sous cette forme il est très dilué et ingéré d'une manière ininterrompue ; mais il ne devra pas excéder dix milligrammes par litre, sinon

l'eau qui le contiendra ne pourra pas servir comme breuvage habituel, quoiqu'il soit réputé favoriser la métamorphose progressive des tissus. Les phosphates feront toujours soupçonner une contamination par les urines.

Tant qu'à l'hydrogène sulfuré libre, les sulfhydrates et les sulfures, nous pouvons dire, en thèse générale, que toutes les eaux, autres que les eaux de sources qui les renferment, sont mauvaises; que celles-ci sont plutôt rangées dans la classe des eaux minérales et ne devraient servir qu'à des usages médécinaux ; enfin, qu'elles peuvent être bues sans danger seulement dans les cas ou il n'y a que des traces et lorsque les autres épreuves chimiques ont été satisfaisantes.

(A suivre.)

ACTUALITÉS MÉDICALES

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE (1)

Par le Dr E.-P. LACHAPELLE

Chevalier de la Légion d'Honneur, professeur à l'Université Laval, président du Collège des Médecins de la province de Québec, président du Conseil d'Hygiène provincial.

M. le Président,

Messieurs,

L'honneur que vous me faites, en m'appelant à prendre la parole à cette séance, m'est très sensible, et je vous en remercie très sincèrement au nom de la province de Québec. Mais, j'ai conscience, en même temps, qu'ayant à vous adresser la parole dans une langue qui n'est pas la mienne, ce serait abuser de votre bienveillance, que de dépasser les quelques minutes qui me sont allouées. Je me contenterai donc, parlant de la prophylaxie de la tuberculose, de vous exposer succinctement comment je comprends la question, et quel est, selon moi, l'ensemble des mesures à prendre pour la mener à bonne fin dans son application.

La fréquence si considérable de la tuberculose, le fait qu'elle apparaît le plus souvent chez des enfants, jeunes ou âgés, issus de parents tuberculeux, avaient amené les auteurs à classer cette maladie parmi les affections héréditaires. De plus, comme la nature de la maladie est demeurée inconnue pendant une longue période, cette notion d'hérédité avait pris, aux yeux d'un grand nombre, un caractère de fatalité presque absolue. Tout enfant, né de parents tuberculeux, était condamné d'avance; toute tuberculose apparaissant chez une personne, faisait immédiatement accuser les parents, directs ou collatéraux.

L'étude de la tuberculose, poursuivie à la lumière des découvertes de Villemin, de Pasteur et de Koch, a fait sortir la pathologie interne du cercle étroit où elle s'immobilisait. Ce

(1) Communication lue à la séance d'ouverture du Congrès américain contre la tuberculose, tenu à New-York les 15 et 16 mai 1901.

n'est plus seulement une maladie de la nutrition, une consomption des tissus, une ulcération des organes par défaut de vitalité, déterminés chez un être vivant par l'influence héréditaire; c'est une maladie microbienne, par conséquent transmissible, commune à l'homme et aux animaux, et communiquée le plus souvent par contact direct. Sur ce point, la médecine humaine et la médecine vétérinaire se sont mises d'accord, apportant à l'appui de leurs assertions des preuves irréfutables. Tout comme les soldats de la garde impériale observés par Villemin, on peut devenir tuberculeux avec un physique irréprochable, et quand jamais la tuberculose n'a existé dans la famille. Il suffit pour cela de respirer la poussière d'un crachat tuberculeux ou d'avaler un aliment tuberculisé.

Sans doute, il y a des causes prédisposantes. La contagion des maladies infectieuses n'est pas plus nécessairement fatale que l'hérédité pathologique. La tuberculose n'échappe pas à la loi des infections générales; à côté de la virulence du germe, il faut tenir compte de la prédisposition du terrain. C'est là surtout ce en quoi consiste l'hérédité tuberculeuse. L'enfant, né de parents tuberculeux, n'hérite pas nécessairement et habituellement du bacille de Koch; le fait est possible, mais des plus rares; il hérite d'une prédisposition de terrain ou constitution tuberculeuse. Issu d'un ou de deux organismes envahis et débilités par le bacille de Koch, il se développe avec une nutrition modifiée, qui le rend très sensible à la tuberculose et le prédispose à la maladie. Mais, la maladie ne peut pas éclater chez lui sans la présence du microbe, et ce microbe, dans la plupart des cas, devra venir de l'extérieur. La loi est la même que pour ceux qui ne sont pas nés de parents tuberculeux.

En fait de tuberculose, l'influence du terrain joue un grand rôle: c'est elle qui, par prédisposition héréditaire, par débilité générale, par surmenage, par intoxication alcoolique, rend facile l'infection tuberculeuse ; c'est elle aussi qui règlera en grande partie l'évolution de cette infection, et en fera, soit une maladie plus ou moins bénigne se terminant par la guérison, soit une infection progressive évoluant plus ou moins rapidement vers la mort. Car, le fait est aujourd'hui démontré, le tu-

berculeux peut guérir, de même qu'il est possible de corriger la prédisposition du terrain. N'est-ce pas d'ailleurs au terrain que s'adressent avec le plus de succès les thérapeutes, pour obtenir la guérison de la maladie ? Ne combattent-ils pas l'infection tuberculeuse par un traitement hygiénique basé sur le grand air, la suralimentation, le repos, c'est-à-dire, tout ce qui peut reconstituer le terrain?

Appuyés sur cette base scientifique, il devient facile, il me semble, de s'entendre sur les mesures à prendre pour établir une prophylaxie rationnelle de la tuberculose. Cette prophylaxie, pour être complète, devra couvrir les deux points étiologiques reconnus : 1° empêcher l'organisme de se débiliter, ou le corriger, si la prédisposition tuberculeuse existe déjà ; 2° prévenir la contagion par la bacille de Koch.

Comme moyen de conserver et d'améliorer la santé, c'est-à-dire, de prévenir ou de faire disparaître la prédisposition de terrain, nous devons avoir recours aux mesures suivantes, qui s'adressent à l'enfant sain, à l'enfant prédisposé et à l'adulte :

1° Donner aux poumons de l'enfant, partout et toujours, au logis, à l'école, au pensionnat, de l'air pur en quantité suffisante. Ne fournir à son estomac que des aliments sains, facilement assimilables, et appropriés à son âge. Développer sa force physique par des exercices modérés. Eviter chez lui l'épuisement musculaire ou nerveux, le surmenage.

2° Si l'enfant est un prédisposé par hérédité tuberculeuse, par scrofule, par rachitisme, redoubler d'attention dans l'application des mesures ci-dessus, et lui imposer, quand la chose est possible, une hygiène spéciale, tel que le séjour à la campagne, au bord de la mer.

3° Chez les adultes, combattre les causes spéciales qui, en diminuant la résistance vitale, préparent la venue de la tuberculose pour eux et pour leurs enfants; l'alcoolisme, le surmenage, la mauvaise alimentation, l'encombrement et le défaut d'air pur. A ce dernier point de vue, surveiller d'une manière spéciale l'hygiène des logis, des pensionnats, des ateliers, des magasins, des théâtres, des prisons, etc., et en règlementer le cubage d'air pour chaque habitant.

Comme moyens de protection contre la transmission du ba-

cille tuberculeux, nous devons avoir recours aux mesures suivantes :

1° La déclaration des cas de tuberculose, qui, en signalant à l'autorité sanitaire les foyers d'infection, lui permettra de prendre les mesures appropriées pour la protection publique, tout en sauvegardant les intérêts du malade et de sa famille.

2° La lutte contre la dissémination de la maladie par les crachats dessèchés des tuberculeux et, pour cela : la désinfection des lieux ayant été habités par eux, la proscription du balayage et de l'époussetage à sec, la défense de cracher sur les planchers, sur les trottoirs, dans les voitures publiques, etc.

3° La lutte contre la dissémination des germes par les aliments tuberculisés et, pour cela : la stérilisation du lait, l'inspection des viandes, la règlementation des laiteries, des abattoirs et des étaux de bouchers.

4° La création de nombreux sanatoria populaires, où les tuberculeux pauvres seront isolés, apprendront à se traiter en vue d'une guérison possible et, aussi, de façon à ne pas être une source de danger pour les autres.

Mais, comme toutes les mesures que je viens d'énumérer, et qui n'ont été établies qu'après de patientes observations par les autorités sanitaires d'Europe et d'Amérique, ne peuvent devenir réellement effectives qu'avec le concours volontaire des malades et du public, il faudrait, pour asseoir la prophylaxie de la tuberculose sur une base solide, en faire avant tout et pardessus tout, une question de conviction. Le moyen qui s'impose, c'est l'éducation des masses. Rendez obligatoire dans toutes les écoles, l'enseignement de la prophylaxie des maladies contagieuses, de la tuberculose en particulier, et vous aurez dans vingt ans un peuple convaincu, prêt à donner son plus cordial appui à l'effort humanitaire des médecins et des hygiénistes. Et comme en attendant, les générations actuelles ne peuvent être ignorées, multipliez pour la propagation de la vérité : les ligues, les conférences populaires, les brochures, etc. C'est ainsi, par la démonstration des faits, par la persuation, que vous vous assurerez l'adhésion du public, que vous ferez accepter les lois et les règlements nécessaires, et que vous préparerez l'âge d'or de l'hygiène en Amérique.

LA VACCINATION (1)

Par le Dr GUSVAVE ARCHAMBAULT, de Montréal.

Depuis la grande découverte de Jenner, en 1796, tous les médecins reconnaissent que l'inoculation du vaccin est le seul préservatif de la variole et il est de notre devoir d'en propager la pratique et d'aider les autorités de cette ville d'obtenir du gouvernement une loi qui rendrait obligatoire la vaccination et la revaccination.

Presque régulièrement tous les dix ans, Montréal est visité par une épidémie de variole: les autorités effrayées recommandent alors une vaccination générale et ordonnent aux propriétaires de manufactures et aux supérieurs de nos maisons d'éducation de ne recevoir dans leurs établissements aucun ouvrier, aucun élève ne pouvant fournir un certificat de vaccination récente. Les vaccinateurs publics avec des aides se mettent à l'œuvre, vaccinent des milliers de personnes, jusqu'à ce que l'épidémie après avoir fait des ravages considérables s'arrête par le fait que tous ceux qui restent ou bien ont eu la variole ou ont été immunisés par le vaccin.

Dix ans s'écoulent, la population augmente et se renouvelle et pendant tout ce temps la vaccination est lettre morte et on oublie par quelles terribles épreuves on est passé jusqu'à ce que l'horrible fléau, trouvant de nouveau le champ libre, nous arrive tout-à-coup et fasse disparaître comme en 1885 presqu'un quart de la population de Montréal.

Si nous avions en Canada comme dans beaucoup d'autres pays le vaccination obligatoire, jamais ces épidémies ne se répéteraient et tous les enfants avant l'âge de 3 à 4 mois seraient, par la vaccination, rendus réfractaires à la variole.

Comme il n'est pas probable que nous puissions avoir bientôt cette loi bienfaisante, unissons au moins nos efforts pour faire connaitre les heureux résultats de la vaccination, recommandons-la à nos patients et surtout démontrons aux mères de famille qu'il est de leur devoir de faire vacciner leurs enfants dès le bas âge et avant l'époque de la dentition.

(1) Communication lue à la Société Médicale de Montréal, séance du 14 mars 1901.

Comme le vaccin est une chose très délicate, pouvant vite se détériorer, il faut choisir une préparation recommandable, offrant toutes les garanties de pureté et prendre pour vacciner les précautions aseptiques nécessaires afin d'éviter tout accident. Quand on se sert de vaccin sec sur pointes d'ivoire, il faut l'employer très frais, car il perd vite son activité et peut se contaminer; aussi à cause de cela est-il préférable de n'employer que de la lymphe vaccinale glycerinée qui a l'avantage de bien se conserver, d'être très-effective et qui, bien préparée, dans des tubes capillaires, ne peut se contaminer ni causer d'accident.

Dans presque tous les pays du monde on ne sert aujourd'hui que de cette préparation et les docteurs Delobel et Cozette dans leur ouvrage " vaccine et vaccination " disent que la pulpe vaccinale glycérinée est la préparation de choix, qu'elle doit être recommandée de préférence au vaccin conservé sur lancettes, sur épines, sur plumes ou sur pointes d'ivoire, parce que tous ces derniers procédés de conservation sont défectueux et que non seulement le vaccin perd alors ses principes actifs mais qu'il peut se charger de germes capables de causer les accidents les plus graves de septicémie, tandis que le vaccin glycériné n'expose pas à ces dangers.

On peut vacciner à tout âge, même l'enfant naissant et je me rappelle que lors de l'épidémie de 1885, alors que j'avais sous mes soins plusieurs variolés et que je craignais pour ma famille, j'ai vacciné avec succès à sa naissance un de mes propres enfants, et je suis d'opinion que plus les enfants sont jeunes, mieux le vaccin réussit et moins il produit d'inflammation.

En temps d'épidémie il est important que tous soient vaccinés et il n'y a aucune contre-indication à le faire, mais quand il n'y a pas urgence il vaut mieux ne pas vacciner dans les cas de syphilis infantile, dans les maladies de peau, surtout eczéma, impétigo, en temps d'érysipèle et chez les enfants scrofuleux ou souffrant de maladies inflammatoires.

On hésite parfois de vacciner une femme pendant sa grossesse ou pendant la lactation, mais je n'y vois aucun inconvénients, et après avoir passé par plusieurs épidémies de variole

et avoir vacciné un grand nombre de femmes enceintes, je ne me rappelle pas d'un seul accident et je crois vraiment que le vaccin immunise non-seulement la mère mais souvent aussi l'enfant qu'elle porte.

Le printemps et l'automne sont les saisons les plus favorables pour vacciner, tandis qu'au contraire pendant les froids excessifs de l'hiver et durant les grandes chaleurs de l'été, le vaccin se développe avec moins de succès.

A moins d'absolue nécessité, on n'emploie plus le vaccin humain qui peut transmettre des maladies constitutionnelles : comme la lèpre, la syphilis, la tuberculose, mais on se sert toujours du vaccin animal, surtout glycériné, qui ne peut transmettre ces maladies.

La vaccination doit être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques et aseptiques qu'on observe pour une opération chirurgicale très sérieuse. Les sous-vêtements des personnes à vacciner devront être très propres. Le champ opératoire sera lavé avec de l'eau chaude et du savon, puis de l'alcool, les scarifications seront superficielles et très petites, de pas plus d'un huitième de pouce de diamètre et seront faites avec des instruments bien stérilisés et quand le virus sera absorbé et bien séché, il faudra recouvrir le tout d'un léger pansement de coton absorbant stérilisé.

Un grand nombre de médecins font encore des scarifications très grandes et même des incisions très profondes qui souvent causent beaucoup d'inflammation et produisent même des ulcérations difficiles à guérir. Tout cela peut s'éviter facilement en faisant, comme je viens de le dire, les scarifications superficielles et très petites qui réussissent aussi bien, n'effraient pas les enfants et évitent aux parents beaucoup de trouble et d'anxiété et aux médecins de grands ennuis.

Depuis deux ans nous avons à Montréal un institut vaccinal, fondé dans le but de remédier au besoin qui se faisait sentir depuis longtemps dans la province de Québec, de la fabrication de la vaccine glycérinée, préparation reconnue par tous, comme la meilleure par son efficacité et sa pureté. Presque tous les médecins, au lieu d'employer le vaccin sur pointes d'i-

voire faisaient venir à grands frais des Etats-Unis et de France le vaccin glycériné. L'Institut Vaccinal de Montréal est venu combler cette lacune et fabrique maintenant en cette ville la pulpe vaccinale glycérinée selon toutes les méthodes modernes et ne le cède en rien aux meilleures institutions de vaccine de l'Europe et de l'Amérique.

Tout y est fait correctement, suivant les règles hygiéniques, aseptiques et antiseptiques et une visite à cette institution qui est pour ainsi dire publique, fait comprendre de suite que rien n'y a été épargné pour en faire un établissement de premier ordre, capable de fournir en aucun temps à toute la Puissance du Canada un vaccin pur et efficace, sans être obligé de recourir à l'étranger.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE

Deux médications sont à la base du traitement de la coqueluche :

I. La médication antiseptique ;

II. La médication antispasmodique.

I. Le traitement par les antiseptiques, étant donné que la coqueluche est une maladie spécifique qui reconnaît pour cause un germe infectieux, est un traitement absolument rationnel. Nos moyens d'intervention cependant ne répondent pas complètement encore à ces justes conceptions théoriques et les résultats ne sont pas toujours très brillants.

On a cependant vu la guérison suivre deux ou trois désinfections complètes de la maison et de la lingerie.

Les soins antiseptiques peuvent être d'ordre local ou général.

Les soins antiseptiques appliqués localement consistent à entretenir les cavités buccales et nasales dans un état aussi parfaitement aseptique que possible.

Il faudra prescrire des lavages fréquents de la bouche avec la solution suivante ou toute autre remplissant le même but :

℞

Acide phénique	23 grains.
Thymol	2 grains.
Eau distillée	1 chopine.

F. Sol.

De plus, le nez recevra trois ou quatre fois par jour, gros comme un pois de la pommade suivante :

℞

Acide borique	1½ drachme.
Menthol	1 grain.
Vaseline	1 once.

F. ong.

L'on a de plus essayé de détruire localement les germes par des insufflations intra-nasales, des badigeonnages laryngés, des

vaporisations de liquides antiseptiques, l'inhalation de gaz médicamenteux.

Nous passerons en revue ces différents traitements locaux. L'une de ces méthodes qui a le plus vivement attiré l'attention a été préconisée par Michaël (de Hambourg). — Elle consistait en insufflations nasales de différents médicaments. — Les substances expérimentées par lui furent nombreuses, les unes antiseptiques, d'autres analgésiques, quelques unes inertes : Chlorhydrate de quinine et acide benzoïque, sulfate de quinine et bromure de potassium, iodoforme, acide borique, poudre de benjoin, cocaïne, bicarbonate de soude et jusqu'à de la poussière de marbre.

Les poudres qui ont donné les meilleurs résultats sont celles de quinine et de benjoin en parties égales.

Michaël au congrès de Wiesbaden, 1887, donne la statistique suivante: 250 cas, résultats assez décisifs et quelquefois surprenants dans 75 pour 100 des cas; dans 7 pour 100, la guérison fut obtenue en 2 ou 3 jours.

Guerder, en France, faisait faire deux insufflations par jour de café torréfié pulvérisé et d'acide borique en parties égales. Le nombre des quintes doit s'abaisser rapidement.

Moizard, faisait faire trois insufflations par jour, à l'aide d'une poire ou d'un simple tube en verre, du mélange suivant:

Benjoin pulvérisé	âà 1½ drachme.
Salicylate de bismuth	
Sulfate de quinine.....	15 grains.

Les badigeonnages du pharynx et du larynx ont compté quelques partisans. Labric a utilisé les badigeonnages à la cocaïne au $^1/_{50}$e et même au $^1/_{20}$e ; Moncorvo : les badigeonnages à la résorcine à $^1/_{100}$e répétés à toutes les 2 ou 3 heures ; Rosenberg: les instillations et les badigeonnages d'huile mentholée à 1 ou 2 pour 100; enfin, Letzerich a insufflé de la poudre de sulfate de quinine sur les cordes vocales.

Ces traitements nécessitent des manœuvres auxquelles les enfants résistent et dont le résultat le plus sûr est de provoquer des quintes. Ils sont par conséquent peu recommandables et ne seront employés que dans des cas particuliers.

Les pulvérisations ont été faites avec différentes solutions antiseptiques: eau phéniquée au $^1/_{500}$e, eau boriquée à 3 pour 100, eau salicylée à 1 ou 2 pour 1000, eau bromurée à 5 pour 100, etc. Goldsmith, (de Strasbourg), a surtout vanté les pulvérisations phéniquées qu'il faisait répéter à toutes les 2 ou 3 heures.

Le Dr. Dutremblay a, d'autre part, préconisé les inhalations d'oxygène chargé de vapeurs de bromoforme, d'eau de laurier-cerise et de bromure de camphre à parties égales, 2½ drachmes de chaque. Il fait inhaler par jour en moyenne 12 à 15 gallons d'oxygène ainsi chargé de vapeurs médicamenteuses.

Citons pour mémoire les inhalations d'air comprimé (Schliep, de Baden-Baden), les fumigations d'acide sulfureux (Mohn, Weisgerber), les lavements gazeux d'acide carbonique (Bergeron).

Nous verrons maintenant les mesures antiseptiques générales à prendre dans le traitement de la coqueluche.

L'isolement est illusoire et nous ne pouvons la plupart du temps recourir à ce moyen de prophylaxie. Nous aurons donc recours à la désinfection.

L'on stérilisera les crachats et les matières vomies avec une solution de sublimé à 1 pour 1000 ou une solution d'acide phénique à 5 pour 100. Cette mesure est plutôt en vue de l'exemption pour les autres que de la guérison pour le malade.

La désinfection générale concourt à ces deux buts. Il ne faudra pas se contenter de désinfecter la chambre du malade, mais toute la maison si possible et le linge de literie de même que le linge de corps du ou des petits malades. Cette désinfection sera faite à l'acide sulfureux, en la manière ordinaire et sera répétée plusieurs fois de suite, s'il y a lieu, en laissant un jour ou deux d'intervalle.

Il faut avouer que la médication antispasmodique reste jusqu'ici supérieure à la médication antiseptique à cause probablement des difficultés nombreuses d'application de cette dernière.

II. Le traitement par les antispasmodiques sera réalisé par quatre médicaments principaux: la Belladone, l'antipvrine, le bromoforme, les sels de quinine.

C'est Trousseau qui a rendu classique le traitement de la coqueluche par la belladone et depuis il est douteux que l'on ait réussi à trouver un médicament plus actif. Il convient cependant de surveiller les effets de la belladone et de suspendre dès qu'il y a des symptômes de saturation (mydriase excessive, sècheresse de la gorge, coloration des joues, etc.).

Trousseau prescrivait l'extrait et la poudre :

℞

Extrait de Belladone	ââ 1-12e grain.
Poudre de Belladone.....	

Pour une pilule. Aux enfants en dessous de 4 ans, Trousseau donnait une pilule le matin à jeun et aux enfants plus vieux 2 pilules. Si au bout de quelques jours les quintes restaient intenses et fréquentes, il doublait la dose en insistant sur ce point que la dose quotidienne quelle qu'elle fut devait être administrée en une fois le matin.

La Teinture de Belladone se donne à la dose de 5 gouttes à un an ; de 5 à6 gouttes, 3 fois par jour, chez un enfant de deux ans, il faut augmenter de une goutte à chaque dose, de manière à administrer 20 à 30 gouttes dans les vingt-quatre heures.

Martan prescrit :

Sirop de Belladone	6 drachmes.
Sirop de tolu.....	3 onces.

Les doses initiales seront comme suit selon l'âge de l'enfant :

De la naissance à 2 ans	1 à 2	cuillerées à café	par jour.
De 2 ans à 5 ans.....	3	—	—
Après 5 ans	5	—	—

Ces doses peuvent être augmentées jusqu'à être doublées parfois, pour obtenir une sédation des quintes.

Cadet de Gassicourt formule le sirop suivant :

Sirop de tolu.....	5½ onces.
Sirop de belladone..... ...	1½ once.

Une cuillérée à café de ce sirop contient 20 gouttes de sirop de belladone. Une cuillérée à café par jour aux plus jeunes enfants, en deux doses le matin et le soir. Les doses sont augmentées par demi cuillérées à café, à intervalles réguliers dans la journée jusqu'à sédation.

Il est utile quelquefois d'asocier l'antipyrine au sirop de belladone.

Chez les enfants au-dessus de quatre ans l'on peut associer la belladone au sirop d'opium:

Sirop de belladone	ââ ½ once.
Sirop d'opium	
Sirop d'éther	
Sirop de fleurs d'oranger	

Une cuillérée à café, toutes les quatre heures jusqu'à sédation.

Voici encore quelques formules de sirops belladonés pour les enfants:

℞

Sirop de celladone	1 once.
Sirop de Desessartz	2½ onces.

M. Quatre à six cuillérées à café par jour.

℞

Sirop de codéine	ââ 6½ drachmes.
Sirop de fleurs d'oranger	
Sirop de belladone	1½ once.
Sirop de tolu	3½ onces.

M. Deux à six cuillérées à café par jour.

L'Antipyrine est en grande vogue depuis quelques années dans le traitement de la coqueluche. Elle est bien supportée par les enfants et peut remplacer la belladone quand l'organisme est saturé par ce médicament.

Sonnenberger en precrit autant de centigrammes (⅙ de grain) que l'enfant a de mois, autant de décigrammes (1½ grain) qu'il compte d'années, 3 fois par jour. Après un an, on peut aller jusqu'à 0. gr. 50 centig. (10 grains) par année d'âge, comme dose maxima.

Schnirer, de Vienne, est plus réservé sur l'efficacité de l'antipyrine.

M. Dubousquet-Laborderie a publié les résultats obtenus chez un nombre considérable de malades (plus de 300) : l'antipyrine a été très-efficace dans 197 cas; 15 fois il y a eu de l'intolérance gastrique ou des éruptions.

M. Comby n'a pas obtenu de résultats bien décisifs de l'anti-

pyrine, par contre M. Marfan recommande l'antipyrine au même titre que la belladone.

M. Marfan emploie la formule suivante :

Antipyrine	45 grains.
Sirop de belladone	5 drachmes.
Eau distillée	3½ onces.

Chez les enfants de moins de deux ans, il donne par vingt-quatre heures, une cuillérée à dessert à une ou deux cuillérées à soupe, par doses fractionnées jusqu'à sédation.

Le bromoforme proposé par Stepp, de Nuremberg, Neumann, Lowenthal, est très en faveur de nos jours. C'est un médicament très actif qui n'est cependant pas infaillible. Le nombre des quintes diminuent à la suite de son emploi et habituellement dès le troisième jour l'on constate une détente manifeste. Le bromoforme est poison et peut déterminer le coma à doses excessives. Il est indiqué plus spécialement au début de la coqueluche.

Au-dessous de six mois on peut le prescrire à la dose quotidienne de deux à trois gouttes pour commencer; de six mois à un an, trois à quatre gouttes. Au-dessous de six ans, autant de fois quatre gouttes par jour que l'enfant à d'années. Après six ans, vingt gouttes par jour en augmentant de deux gouttes par jour, jusqu'à sédation.

Marfan prescrit :

Bromoforme	5¼ drachmes.
Huile d'amendes douces	1 once.
Gommh arabique	1 once.
Jirop de fleurs d'oranger	1 once.
Eau distillée	10 onces.

Chaque cuillérée à thé contient quatre gouttes.

L'on peut encore prescrire :

Bromoforme	88 gouttes.
Huile d'amendes douces	½ once.

Ajoutez :

Gomme arabique	½ once.
Sirop d'écorces d'oranges amères	½ once.
Eau distillée q. s. pour faire	4 onces.

Chaque cuillérée à thé contient deux gouttes.

L'eau bromoformée saturée peut servir de véhicule au sirop de belladone:

Eau bromoformée	3½ onces.
Sirop de belladone	6 dr. à 1 once.

Par cuillerée à café.

Les sels de quinine agissent comme antispasmodiques et peut-être exercent-ils aussi une action sur l'agent infectieux.

Dès 1888, Binz, avait constaté l'efficacité de fortes doses de quinine contre la coqueluche. D'après lui les insuccès ne seraient dûs qu'à l'insuffisance des doses. Binz donne la préférence au tannate de quinine qui est insipide.

En administrant autant de grains par jour que l'enfant compte d'années, l'on remarque une amélioration prononcée dès le troisième jour.

Ungar, de Bonn, prescrit le chlorhydrate et insiste sur la nécessité de doses élevées:

A 3 mois	1 grain.
A 6 mois	1½ grain.
A 12 mois	2 grains.
A 18 mois	3½ grains.

Ces doses seront répétées deux ou trois fois par jour.

De deux à cinq ans, autant de décigrammes (1½ grain) que l'enfant a d'années.

30 centigrammes (5 grains) à trois ans et 50 centigrammes (9½ grains) à cinq ans. Cette dernière dose ne doit pas être dépassée en une prise même chez les enfants au-dessus de cinq ans.

Sitôt que l'amélioration se montre, au bout de 5 à 6 jours, il faut diminuer les doses, progressivement jusqu'à disparition complète des quintes. L'on masque le goût par la glycerine sucrée avec sirop tartrique, par le café noir, les gelées, confitures, etc.

Bichlohydrate de quinine	40 grains.
Extrait de réglisse	75 grains.
Sirop de fleurs d'oranger	½ once.
Eau distillée	2½ onces.

2 grains de sel environ par cuillérée à café.

L'on peut prescrire les sels de quinine en suppositoires.

Certains médecins ont associé la quinine à l'antipyrine.

Les bromures moins efficaces que les médicaments précédents. sont surtout indiqués chez les enfants nerveux prédisposés aux convulsions :

Bromure de potassium. .... ½ drachmes.
Sirop d'écorces d'oranger amère ....6½ onces.

Une à cinq cuillérées à thé.

Le chloral est surtout utile comme hypnotique à la dose de deux à cinq grains suivant l'âge.

Le chloroforme à l'intérieur selon la méthode de Henri Roger est d'une efficacité douteuse. En inhalation il peut modérer l'intensité et la durée des quintes. Il faut être prudent.

L'éther en sirop peut aussi être un utile adjuvant.

Les opiacés sont dangereux chez les enfants, l'on ne peut guère employer que le sirop diacode, ou le sirop de codéïne et jamais d'une façon trop suivie.

Les préparations de Valériane sont répugnantes et peu actives, la teinture de drosera paraît à peu près inefficace ainsi que la teinture de grindelia robusta.

Voilà à peu près à quoi se résument nos moyens thérapeutiques médicamenteux contre la coqueluche.

Les soins hygiéniques convenables au traitement de cette maladie sont le séjour dans une chambre vaste et bien aérée et bien exposée au soleil. Si possible faire coucher l'enfant dans une autre chambre que celle où il demeure pendant le jour.

Si l'enfant n'a pas de fièvre, on le fera sortir au soleil dans les belles journées, sans lui permettre d'exercices violents qui déterminent des quintes. S'il existe de la fièvre, non-seulement l'enfant restera à la maison, mais il vaudra mieux le tenir au lit.

Le changement complet d'air est quelquefois l'unique moyen de faire cesser une coqueluche qui se prolonge, mais il n'est utile qu'au déclin de la seconde période.

L'alimentation doit être sagement réglée. Les vomissements sont quelquefois un grand obstacle qu'il faudra savoir tourner. Il faudra multiplier le nombre des repas, profiter de l'accalmie qui suit une quinte pour faire prendre de la nourriture à l'enfant; si c'est un nourrisson on le fera têter immédiatement après une quinte, s'il vomit, la mère devra lui redonner le sein aussitôt la quinte passée.

Les enfants plus grands prendront en petite quantité, des

aliments nourrissants: purées de viande ou de légumes, œufs, jus de viande, lait, crème, etc., etc.

Pendant la quinte il faut entourer l'enfant de petits soins ; le faire asseoir, lui soutenir le front, et si l'enfant est très jeune, débarrasser sa bouche, à l'aide de tampons de coton hydrophile, des mucosités qu'il ne peut expulser. L'on s'assurera qu'il n'est pas gêné par des vêtements trop serrés, au niveau du cou ou du thorax.

Les complications de la coqueluche réclament quelquefois un traitement spécial. Les vomissements s'ils sont assez nombreux pour amener la dénutrition, seront traités par le café noir qui constitue le moyen le plus simple et le plus efficace pour les combattre. L'on peut encore prescrire :

Caféine	30	grains.
Benzoate de soude	45	grains.
Extrait de réglisse	2½	drachmes.
Sirop de tolu	5	drachmes.
Eau distillée	2½	onces.

Une cuillérée à dessert après chaque quinte.

On peut encore employer les sels de cérium en pilules de 1 centigramme (1/6 de grain, 2 ou 3 fois par jour), le parégorique, le chlorhydrate de cocaïne, aux doses appropriées, les eaux gazeuses.

L'ulcération sublinguale sera traitée par un attouchement au nitrate d'argent Sol au $^1/_{30}$e et les soins antiseptiques ordinaires.

Les hémorrhagies ne réclament pas en général de soins particuliers, si l'épistaxis se prolongeait après la quinte, on traitera par tampons imbibés d'une solution d'antipyrine ou autre, irrigations chaudes, etc.

S'il y a asphyxie durant les quintes, on flagelle la figure avec des linges mouillés, on applique des sinapismes aux jambes, l'on fait la respiration artificielle et les tractions rhytmées de la langue.

Si une attaque d'éclampsie succède à la quinte, quelques gouttes d'éther ou de chloroforme sur un mouchoir.

Le traitement de la broncho-pneumonie si grave au cours de la coqueluche, n'entre pas dans le cadre de cette courte revue.

H. HERVIEUX.

LES TRAITEMENTS DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

L'alcoolisme est d'actualité; aussi, je crois utile de résumer succinctement les principales méthodes de traitement aujourd'hui en usage.

Depuis longtemps, des esprits supérieurs, surtout en France, (Lanceraux, Laborde, etc.) effrayés des proportions alarmantes qu'il prend chaque jour, ont jeté le cri d'alarme et ont essayé d'y intéresser les gouvernements par des mesures qui sont demeurées stériles jusqu'ici. Les intérêts des grands syndicats *alcooliques*, si je puis m'exprimer ainsi, ont annihilé, pour un certain temps du moins, les louables efforts des protecteurs de la santé publique. Cependant, la propagande continue, des associations se fondent dans le but de protéger l'ouvrier contre lui-même, en l'éclairant, par la parole ou par le pamphlet illustré, sur les dangers auxquels il s'expose.

Au Canada, nous avons ménagé nos forces sur ce point. Et pourtant, le danger est aussi grand. La démonstration en serait facile si je voulais, pour esquisser à grands traits le tableau des ravages exercés par l'alcool au sein des familles jusqu'ici paisibles et heureuses, consulter les sombres pages des cours de justice, les régistres des différents *hôtels du gouvernement* et les statistiques de nos hôpitaux où tant de ruines s'achèvent sous le couvert des insuffisances cardiaques, hépatiques ou rénales, à côté de la tuberculose pulmonaire, ce grand *terminus* pour les alcooliques de tout âge et de tout rang!...

Une seule tentative a été faite ici pour enrayer les progrès de l'alcool: c'est la *prohibition*. C'est une mesure qui est destinée à être stérile, parce qu'elle est étroite dans sa conception et plutôt empreinte de snobisme que de sincérité. On pourrait dire avec raison que c'est la lutte de l'*alcoolisme en chambre* contre l'alcoolisme en salles publiques. Or, je ne vois pas du tout en quoi l'un vaut mieux que l'autre.

Il y a quelques mois, des essais de sérothérapie n'ont donné aucun espoir d'un traitement curatif. Nous attendons de nouvelles expériences avant d'étudier sérieusement cette nouvelle méthode.

Nombreux sont les traitements de l'alcolisme chronique. Martinis, un auteur italien auquel nous empruntons de nom-

breux détails, a fait une étude particulière de ces cas d'alcoolisme chronique, et a édifié une méthode que nous exposerons plus loin et dont il a retiré de grands bénéfices pour ses malades.

Avant tout, dirait LaPalisse, supprimez toute boisson spiritueuse, ce qui veut dire: en premier lieu, soustrayez votre patient au milieu habituel.

En effet, toute guérison, toute amélioration même, sont impossibles, dans les conditions de vie ordinaire, et nous arrivons nécessairement à l'isolement dans les hôpitaux spéciaux ou autres. C'est dans ces endroits, uniquement là, qu'il sera possible d'appliquer avec quelque chance de succès les différentes méthodes que nous allons successivement passer en revue.

L'hynoptisme inspire peu de confiance. Ce sont des guérisons passagères, et l'alcoolique retombe promptement dans les habitudes d'autrefois dès qu'il est soustrait à l'influence du médecin qui l'a momentanément guéri.

La prophylaxie vaut mieux, c'est-à-dire, ligues de tempérance et réduction des débits de boisson.

I Méthode de Kahlbaum. — C'est l'isolement à outrance. Le docteur Kahlbaum avait proposé d'envoyer tous les ivrognes dans une île lointaine, sous le contrôle des gouvernements, où toute fabrique ou importation de boissons alcooliques seraient interdites.

Ce projet équivaut tout simplement à une " prise de corps ". Je ne sache pas que les gouvernements soient disposés à employer de semblables procédés. Ce serait porter atteinte aux principes fondamentaux du libre arbitre. C'est une utopie.

II Méthode de Keely. — C'est la méthode du docteur Keely de Chicago. Elle a joui d'une vogue extraordinaire, et a permis à certains confrères de Montréal d'espérer dans des guérisons rapides et assurées. Mais... il y eut des désappointements, et chacun retourna à ses moutons, les médecins à leurs malades, et les malades à leurs vignes!...

Voici en quoi consiste cette méthode. Elle comprend trois préparations:

1° Chlorure d'or.... .... 0 g. 70 centigr.
Nitrate de strychnine.... .. .. 0 g. 06 centigr.

Sulfate d'atropine.... ....10 milligr.
Chlorydrate d'ammoniaque.. ... . 0 g. 30 centigr.
Aloine..... .... 0 g. 06 centigr,
Hydrastine... .... 0 g, 12 centigr.
Glycérine. ....30 g.
Extrait fluide de quinquina..... .....90 g.
Extrait de coca.... ....30 g.
Eau distillée.... ....30 g.

Dose: 15 gouttes, huit fois par jour.

2° Nitrate de strychnine.... .... 0 g. 05 centigr.
Eau distillée.. ....10 g.
Permanganate de potasse, pour colorer, q. s.

3° Chlorure d'or.... ... . 0 g. 05 centigr.
Eau distillée.. ....10 g.

On prend cinq gouttes de la solution (2) que l'on mélange avec trois gouttes de la solution (3), et on injecte le tout sous la peau.

On essaie de persuader le malade que son estomac ne peut plus tolérer l'alcool.

A cette fin, on lui fait ingérer un ou deux verres d'alcool; aussitôt après on lui injecte la solution (2) à laquelle on a eu le soin d'ajouter à son insu 0/006 (milig.), d'apomorphine. Un vomissement pénible et violent se produit bientôt: le malade, convaincu qu'il ne peut plus faire usage d'alcool, se considère guéri: la cure est terminée quelque temps après.

III Méthode Clouston. — Le docteur Clouston, d'Édimbourg, emploie la méthode suivante. Le malade à son arrivée est d'abord mis au lit et prend comme nourriture du lait coupé d'eau gazeuse et du thé de bœuf. On le force à manger, même s'il s'y refuse. Le lendemain, premier jour, promenade au grand air durant une heure, repas ordinaires sans médicaments. Le second jour, même traitement. Le troisième jour, on administre généralement de la quinine et de l'acide nitro-muriatique. Peu à peu l'état général s'améliore, le délire, le tremblement disparaissent, les idées se lient et la guérison s'opère après huit ou dix jours de traitement environ.

IV Méthode Martinis. — Le docteur Martinis, médecin à l'asile de Cery, préconise le traitement suivant. Il isole d'abord

le malade. Si l'agitation est trop forte, il l'enferme, tout nu, dans une cellule bien chauffée, avec un lit de varech. La tranquillité revient peu à peu. Il met alors le malade dans un lit à ficelle, c'est-à-dire un lit entouré d'un treillis en ficelle; pour provoquer le sommeil, il donne le chloral à la dose de 1 à 5 gr. à la fois. Si le malade refuse de prendre son chloral, il injecte la duboisine ou l'hyoscine à la dose de un à dix millig., il prescrit l'usage de la morphine associée au chloral. Il continue à donner de l'alcool durant la première semaine v. g. deux verres de vin par jour, il diminue ainsi graduellement pour cesser définitivement.

Il faut surveiller les intestins et le poumon. Lorsque le calme se rétablit, on commence l'usage des bains tièdes, dont la durée est de ½ heure à 1 heure. Peu à peu la guérison s'opère tant à cause des soins immédiats que de l'influence morale qu'il exerce sur l'esprit du malade.

Suivant le docteur Martinis, l'alcool est indispensable, mais, tout en approuvant le principe de la lutte anti-alcoolique, il ne faut pas tomber dans l'excès opposé. Les Chinois, les Turcs et les Juifs ne font aucun usage de boissons alcooliques et cependant, ils n'occupent pas le premier rang dans la civilisation. Au contraire, les Français et les Allemands font usage d'alcool depuis un temps immémorial, et cependant, leurs écoles ont une influence prépondérante dans le monde. Il conclut que "c'est la tempérance et l'usage modéré qu'il faut prêcher."

J.-A. LESAGE.

EN EUROPE.

Monsieur le Docteur Mercier, chirurgien en chef de l'Hopital Notre-Dame, est en Europe pour deux mois. Il est accompagné de Messieurs les Docteurs Ricard et Huguenin.

Le Docteur E. H. DANSEREAU, pour cause de santé et après 32 ans de pratique à St. Louis de Gonzague, Comté de Beauharnois, vendrait sa propriété à quelqu'un désirant pratiquer à la compagne. Très bonne clientèle payante, beau poste.

S'adresser, Pharmacie Dansereau, 1980 St. Jacques, St. Henri. Montréal.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MEDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 23 Avril 1901.

Présidence de M. HERVIEUX.

Après la lecture des minutes de la dernière assemblée, M. Dubé a lu un travail sur la " Non-héridité dans la tuberculose pulmonaire." Le rapport de cette assemblée a été fait dans le dernier numéro de l'UNION, nous le complétons aujourd'hui.

— M. DEMERS. Je n'ai que quelques mots à ajouter au travail sérieux de Monsieur le Docteur Dubé. D'après les recherches que j'ai faites, de même que des faits que j'ai eu occasion d'observer, l'enfant hérite plutôt d'un terrain favorable au développement de la graine de la tuberculose, non pas du germe lui-même. Si je me rappelle bien, en 1891, Schreiber a eu l'idée de déceler, à l'aide de la tuberculine, la tuberculose latente héréditaire chez les issus de consomptifs. Il a choisi quarante enfants nouveaux-nés dont les parents portaient des bacilles de Koch à différentes périodes. Aucun sujet n'a présenté de réaction. Pour moi, voilà un fait important, il irait à prouver que les nouveaux-nés ne sont pas porteurs, ou en puissance si vous le préférez, de germes tuberculeux.

La tuberculose du jeune âge serait donc plus souvent acquise qu'héréditaire.

— M. DAIGLE. La question de l'hérédité tuberculeuse est très importante au point de vue des assurances sur la vie et elle intéresse un grand nombre de médecins, attendu que la plupart sont appelés à faire des examens pour les compagnies d'assurance. Dans les cas qui sont soumis à leur appréciation, il en est dont la solution est facile. Si le sujet présente une histoire de famille fortement entachée de tuberculose, le père, la mère ou des frères et sœurs étant morts de cette maladie, et lui-même étant doué d'une constitution plus ou moins délicate et affaiblie, il est évident qu'il devra être refusé. Mais il en est

d'autres où la question est plus difficile à résoudre; s'il y a, par exemple, un seul cas de tuberculose dans la famille, ou s'il y en a eu deux et plus mais chez des parents éloignés, et que le sujet, du reste, paraisse doué d'une assez bonne constitution, jusqu'à quel point alors faut-il tenir compte de l'influence héréditaire ? Il est aujourd'hui démontré que la contagion est la condition *sine qua non* de toute tuberculose; il est aussi démontré que l'hérédité vraie, c'est-à-dire, la contagion de la mère à l'enfant qui naît porteur de tubercules, est l'exception, mais l'hérédo-prédisposition ou cette tendance à contracter la maladie qui existe chez les issus de tuberculeux est également établie et démontrée. Il y a d'ordinaire chez ces derniers un vice de nutrition qui les rend plus aptes à recevoir le bacille et ils offrent un terrain favorable à son évolution. Le point important et difficile est d'établir jusqu'à quel degré cette hérédo-prédisposition existe et quelles circonstances pourront favoriser l'évolution de la maladie dans un cas donné. Il faut, croyons-nous, tenir compte de l'âge du sujet, de la nature de ses occupations et de l'influence du milieu dans lequel il vit, de même qu'il faut tenir compte de son histoire de famille, de ses antécédents personnels et de l'état actuel de sa santé. C'est plutôt par un ensemble de considérations que par une considération unique, que le médecin peut, dans ces cas, formuler une opinion et prendre une décision qui soit équitable pour le candidat et conforme aux intérêts de la compagnie qu'il représente.

— M. Dubé. Je suis heureux que ma communication ait donné lieu aux remarques faites par MM. les docteurs Demers, Lecavalier, LeSage et Daigle. La suggestion de mon ami LeSage, est excellente, il n'y a pas à en douter, et il serait à désirer que nos gouvernants fussent aussi bien disposés que ceux des provinces voisines. Mais je crois que nos députés ne se prêtent guère aux choses scientifiques qu'ils abhorrent à en juger par l'empressement qu'ils ont toujours mis à jeter au panier toutes suggestions venant de la profession médicale. Ah ! s'il s'agissait de chemins de fer... ce serait autre chose! Je crois donc que la Société Médicale adresserait en pure perte une demande au Gouvernement, le priant de s'occuper de l'œuvre des tuberculeux.

Pour répondre au docteur Daigle, la chose est assez difficile, et je dois avouer que la question de la tuberculose et des assurances n'a pas encore été mise au point. C'est une question très intéressante pour tous les médecins qui ont des examens à faire pour les compagnies d'assurances et les sociétés de bienfaisance.

Les instructions fournies par ces compagnies et ces sociétés, à leurs médecins examinateurs, sont très explicites et surtout très sévères vis-à-vis le candidat qui a un père, ou une mère, ou un frère, ou une sœur morts de tuberculose ; ce candidat est généralement refusé. Nous ne pouvons blâmer ces gens de se tenir sur la réserve et de veiller aux intérêts des autres assurés. Cependant, ces règles sentent le vieux, et il est évident qu'elles ont été faites avec l'idée que la tuberculose est une maladie essentiellement héréditaire.

La réaction se fera, je devrais dire qu'elle est déjà commencée. Lisez les comptes-rendues des réunions annuelles de la " British Medical Association " et vous constaterez que, depuis une couple d'années, il y a des assemblées partielles entièrement consacrées aux choses d'assurances. Vous verrez que la tuberculose et les affections cardiaques sont à l'ordre du jour et que beaucoup de préjugés tendent à disparaître. Les Compagnies d'Assurances Anglaises qui s'intéressent à ces discussions scientifiques, commencent à recevoir sous conditions et à des taux spéciaux, les candidats porteurs d'une lésion au cœur avec compensation parfaite, et à se montrer moins sévères pour les descendants de tuberculeux.

Dans le cas d'un candidat ayant un ou des tuberculeux dans sa famille, il convient, il me semble, de considérer les points suivants : 1° son âge; 2° son état de santé actuelle; 3° ses antécédents personnels; 4° ses occupations; 5° enfin, ses habitudes.

— *L'âge.* Un individu qui a passé l'âge où l'on meurt de tuberculose dans sa famille a de bonnes chances de s'en sauver.

— *L'état de santé actuelle.* Il faut absolument tenir grand compte de l'état de santé d'un candidat au moment de son examen.

Si son poids est règlementaire, au-dessus plutôt qu'au-des-

sous de la moyenne, si tous ses organes sont sains et leur fonctionnement parfait, il ne faut pas plus que raison, discuter ses antécédents héréditaires.

— *Les antécédents personnels.* Tout candidat ayant souffert de ses poumons doit être bien examiné et rejeté s'il s'est agi de tuberculose avérée et dont on voit encore des traces.

— *Occupations.* Il y a des professions et des métiers qui poussent vers la tuberculose pulmonaire. Les employés de magasins et de bureau se tuberculisent plus facilement que le boucher et le menuisier.

— *Habitudes.* Les buveurs d'alcool même en petites quantités généralement permises par les compagnies d'assurances, les grands fumeurs, et ceux qui mènent une vie irrégulière : nuits blanches, etc., devraient être refusés lorsqu'il y a de la tuberculose dans leur famille.

Lorsque la chose est possible, il faut prendre les mêmes informations au sujet des membres de la famille, emportés par la tuberculose. Bien souvent il s'agit d'un père ou d'un frère alcooliques où la tuberculose est venue clore la scène. Ou bien c'est une sœur entrée en religion et emportée par cette maladie après quelques années de vie de couvent.

Est-ce que l'alcool n'est pas une des causes les plus grandes de la propagation de la tuberculose, et demandez aux statistiques des maisons religieuses la cause principale de la mortalité chez elles. Vous le savez tous, les religieuses meurent de tuberculose pulmonaire 8 fois sur 10, et c'est précisément leur genre de vie qui en est la cause principale.

Rapport.

— M. St-Jacques. J'ai l'honneur de vous communiquer l'observation suivante :

Un nommé R., vieillard dans la soixantaine, se présente à l'hôpital pour une grosseur à la cuisse. — En effet à l'examen nous constatons à la partie interne de la cuisse, dans son ⅓ moyen, une tumeur de la grosseur d'une moyenne orange. Cette masse présente elle-même deux petits nodules extérieurs, où la peau est de coloration vineuse, violacée quasi. La tumeur adhérente à la peau, et bien que prise dans les tissus

sousjacents ne paraît pas faire corps avec le femur. Elle est indolore, — comme également elle a été lente d'évolution.

Rien d'ailleurs à noter chez le sujet, — sauf que c'est un artério-scléreux et qu'il fait de la myocardite.

Le diagnostic est posé par Sir W. Hingston de sarcôme et l'excision généreuse en est faite. Une large et longue ellipse cutanée est enlevée et avec elle la tumeur qui intéresse le vaste interne. Celui-ci est sacrifié et le long et moyen adducteurs sont partiellement réséqués. Le femur ne paraissant pas intéressé, le périoste n'est pas touché. La plaie, pansée à ciel ouvert granule bien et rapidement. Mais vers la fin du second mois il est évident que l'élément néoplasique gagne du terrain. Une deuxième fois au thermo cautère, — ou troisième à l'écraseur de Chassaignac, les noyaux de granulations sont excisés.

Le malade devient oppressé surtout par crise, — un bon jour il se plaint d'une douleur très vive au côté droit en même temps que son oppression augmente. — Pouls intermittent, et fort, — difficulté respiratoire, — apyrexie. — Un examen attentif nous fait découvrir un épanchement pleural à droite.

Nous concluons à pleurésie, probablement d'origine néoplasique ; la ponction nous donne raison et nous évacuons une première fois 1500 grammes d'un liquide séreux franchement hémorragique. Soulagé pour quelques jours, le malade reprend bientôt ses crises dyspnéiques. Une seconde ponction évacue 1000 grammes. Mais le malade affaiblit graduellement, sans appétit qu'il est, et avec tant de difficultés respiratoires. Il meurt d'asthénie.

A l'autopsie, nous trouvons un corps robuste fort amaigri.

Des bourgeons néoplasiques à la plaie fémoral. — L'artère fémorale est quasi complètement solidifiée par une masse charnue néoplasique, qui se continue dans l'iliaque. A l'iliaque primitive nous suivons ce noyau endartérien qui a fait bourgeon dans l'iliaque du côté opposé, tandis qu'il se continue en haut dans l'aorte abdominale.

Dans la cavité thoracique bien des choses intéressantes : le poumon droit — côté de la pleurésie hémorragique — n'est plus qu'une " masse tout à fait solide ", d'un tissu lardacé. Les

adhérences pleurales sont marquées surtout en avant mais ne sont difficiles à dissocier qu'au lobe inférieur. Quand au poumon gauche il est encore à peu près dans sa totalité perméable à l'air et l'on n'y trouve que des noyaux épars. En un endroit les adhérences pleurales sont si fortes que pour enlever le poumon je fais la résection de deux côtes, afin de ne pas déchirer le tissu pulmonaire. En un autre point de ce même poumon, nous trouvons un noyau sous-pleural extériorisé comme une cerise.

Le cœur est hypertrophié, surtout le gauche, mais également le droit. Des signes de dégénérescence scléreuse de l'aorte et des coronaires.

Particularité intéressante, — nous trouvons une péricardite " sèche ' marquée. Le péricarde à sa face interne est granuleux, granulations que nous sentons sous le doigt et voyons nettement. Il va sans dire que le péricarde est épaissi.

Séance du 18 Mai 1901.

Présidence de M. Hervieux.

Communications.

— *La vaccination*, par M. le docteur Gustave Archambault. (Voir plus haut.)

— *Les sinusites aiguës et chroniques ; symptomatologie et traitement*, par M. le docteur Boulet. (Ce travail très-élaboré sera publié en entier en juillet.)

M. le président annonce que cette séance est la dernière pour l'année scolaire.

— M. Marien, secondé par M. LeSage, propose que des remerciments soient adressés à M. le président pour la manière digne et courtoise avec laquelle il a conduit les débats durant le cours des séances précédentes. — Adopté.

— Il est résolu unanimement que des remerciments soient adressés à l'Université qui a bien voulu mettre ses salles à la disposition de la Société Médicale de Montréal, pour l'année scolaire finissant le 31 mai 1901.

— M. le président annonce que la Société Médicale ajourne ses séances au premier mardi d'octobre 1901.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE COLLÈGE DES MÉDECINS ET LES BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI PINEAULT MODIFIÉE PAR L'AMENDEMENT ROY

Le Collège des Médecins vient d'être condamné par les tribunaux de Québec à délivrer une licence de médecin à sept jeunes docteurs de l'Université Laval, à Québec, et, en outre, à payer à six d'entre eux une amende de cent piastres pour la leur avoir refusée. Le Collège des Médecins n'avait pas refusé la licence à ces jeunes gens, mais il exigeait, pour la leur donner, qu'ils remplissent les formalités voulues par la loi médicale de la province de Québec. Les tribunaux déclarèrent, contrairement à l'affirmation du Collège, que toutes les formalités avaient été remplies et ordonnèrent de délivrer la licence aux requérants. La question, on le voit, est très sérieuse, car elle met directement en jeu, en substituant l'autorité judiciaire à l'autorité médicale, non seulement les intérêts généraux de la profession, mais surtout les privilèges accordés par la loi à la corporation des médecins, et par conséquent l'autorité de son Bureau Provincial. Aussi croyons-nous de notre devoir d'expliquer les faits à nos lecteurs, et d'en tirer l'enseignement qu'ils comportent.

Voyons d'abord ce que disent les statuts refondus de la province sur la manière d'obtenir la licence du Collège:

ART. 3978. — " Nul ne peut être admis à étudier la médecine, la chirurgie " ou l'art obstétrique avant d'avoir obtenu un certificat de capacité du Bureau " Provincial de Médecine.

" Personne n'a droit à une licence du Collège sur présentation d'un diplôme " à moins qu'il n'ait été préalablement admis à l'étude de la médecine, con- " formément aux dispositions de la présente section, à moins qu'il ait subi un " examen préliminaire équivalent devant un collège, etc..."

Cette dernière phrase concerne les bacheliers. L'article

3978 nous paraît donc très clair, et peut se résumer en disant que tout étudiant qui n'a pas fait inscrire son nom sur le régistre du collège en présentant son diplôme de bachelier ou son brevet *n'a pas d'existence légale*, c'est-à-dire n'est reconnu ni par la loi, ni par le Collège des Médecins et ne saurait obtenir la licence, quand bien même il aurait subi ses examens universitaires.

L'étudiant régulièrement inscrit, au contraire, quatre ans après son inscription, a droit à sa licence, s'il subit avec succès son examen de doctorat à la Faculté de Médecine où il a fait ses études, ainsi que le veut l'article 3977 des statuts refondus:

ART. 3977. — " Toute personne qui a obtenu un degré ou un diplôme de " médecine, dans une des universités ou écoles mentionnées dans l'article 3972, " a droit à telle licence, sans subir d'examen sur ses connaissances et ses apti- " tudes spéciales, *pourvu que le diplôme n'ait été donné qu'après quatre années " d'études médicales, depuis la date de l'admission à l'étude, et suivant les " exigences de la présente section, etc...*"

Cela veut-il dire que l'étudiant non inscrit ne pourra plus obtenir la licence du Collège. Non; mais il s'est placé, en ne s'inscrivant pas, dans une position assez difficile. N'ayant pas d'existence légale, comme étudiant en médecine ,au moment où il subissait son examen universitaire, il est resté ignoré des assesseurs du Collège, *qui ne sont autorisés ni par la loi, ni par les règlements du Collège à tenir compte de son examen.*

Remarquez que la loi oblige le Collège à passer de tels règlements:

ART. 3983. — A cette fin, le Bureau Provincial nomme ou élit des assesseurs, dont deux ou plus doivent assister aux examens de chaque université, collège ou école de médecine constituée en corporation, *d'accord avec un ou plusieurs règlements qu'il est du devoir du Bureau de passer.*

Voici à ce sujet ce que disent les règlements, d'après les résolutions sanctionnées en 1894 par le lieutenant-gouverneur en conseil:

Pour avoir droit de subir l'examen primaire devant les assesseurs, tout candidat doit prouver qu'il est admis à l'étude de la médecine par ce Bureau depuis au moins deux sessions universitaires . . . Pour avoir droit de subir l'examen final devant les assesseurs, les candidats devront avoir étudié dans une univerversité, collège ou école de médecine de cette province pendant pas moins de

quatre sessions à dater du brevet d'admission à l'étude par ce Bureau ; ils devront s'être en tous points conformés aux règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province, et de plus ils devront avoir subi l'examen primaire à la satisfaction des assesseurs du Bureau.

L'étudiant non inscrit quitte l'université avec un diplôme nul au point de vue de la licence. Pour être reconnu du Collège des Médecins, il lui faut faire ce par quoi il aurait dû commencer: inscrire son nom sur le régistre officiel des aspirants à la licence, et, pour celà, subir les examens voulus devant les examinateurs du Collège.

De plus, comme la loi dit que l'étudiant inscrit n'a droit à la licence qu'en autant que le diplôme n'a été donné qu'après quatre années d'études médicales, depuis la date de l'admission à l'étude, l'étudiant non inscrit doit, après avoir subi son examen de brevet devant le Collège et inscrit son nom sur le régistre, attendre les quatre ans prescrits avant de passer l'examen d'admision à la pratique devant les examinateurs du Collège et obtenir sa licence. C'est en quelque sorte une pénalité imposée à ceux qui ne se sont pas conformés aux statuts.

Mais ce délai de quatre ans, paraît-il, dans bien des cas, présentait de graves inconvénients. Beaucoup de jeunes docteurs, dûment diplômés par les universités, mais non brevetés par le Collège des Médecins, demandaient à la législature de Québec de les exempter de ces quatre années d'attente. Ils alléguaient, pour ne pas s'être conformés à la loi, toutes espèces d'excuses: la maladie, la pauvreté, l'absence du pays, etc... La législature, très compatissante, leur accordait un bill privé, leur permettant d'obtenir la licence du Collège après examen, mais sans délai. Et comme les bills privés augmentaient tous les ans, elle s'efforça d'y mettre fin en autorisant le Collège à supprimer le délai de quatre ans. C'est la loi Pineault (1898) qui se lit comme suit:

" Nonobstant l'article 3978 des Statuts refondus, le Collège des Médecins et " Chirurgiens de la Province de Québec est autorisé à admettre à la pratique " les étudiants en médecine qui, au premier novembre 1896, avaient commencé " à suivre les cours de médecine dans une université dûment qualifiée en cor- " poration dans la Province de Québec, avant d'avoir obtenu le brevet les " admettant à l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique

" dans cette province, après avoir subi les examens requis pour l'admission à
" l'étude et pour l'admission à la pratique. "

On le voit, la loi Pineault ne supprime ni l'examen du brevet, ni l'examen de la licence pour les étudiants non inscrits: elle leur fait seulement grâce des quatre ans qui doivent s'écouler entre l'un et l'autre.

L'amendement Roy, adopté en 1900, va plus loin:

" Néanmoins le dit Collège pourra, chaque fois qu'il croira que les circons-
" tances le justifient d'en agir ainsi, exempter tout tel étudiant de l'examen
" requis pour l'admission à l'étude. "

Cette fois-ci, il n'y a pas d'erreur; la loi autorise le Bureau de Médecine à délivrer, *quand les circonstances le justifient d'en agir ainsi*, la licence du Collège à ceux qui n'ont pas de brevet. Mais ceci ne s'applique qu'au brevet, et la loi n'ordonne pas au Collège de reconnaître l'examen universitaire des étudiants qui ne sont pas inscrits au régistre; si l'examen du brevet est supprimé pour les élèves non inscrits, l'obligation de subir l'examen professionnel devant le Bureau de Médecine subsiste encore pour eux, et le fait demeure en dépit de la loi Pineault, que pendant toutes leurs études, ces étudiants n'avaient pas d'existence légale. Le Bureau ne peut donc leur accorder la licence qu'en leur faisant subir l'examen professionnel devant son comité.

Maintenant que nous connaissons la loi médicale, examinons les faits mis en cause.

Dès que la loi Pineault eut été modifiée par l'amendement Roy (février 1900), un bon nombre de jeunes gens, ayant fait leurs études médicales sans être inscrits au régistre du Collège des Médecins, demandèrent à être exemptés de l'examen d'admission à l'étude. A son assemblée de juillet 1900, le Bureau prit en considération la requête de 34 de ces jeunes gens, et il décida de leur accorder à tous le bénéfice de la loi Roy, pourvu qu'ils subissent l'examen professionnel devant le Bureau, tel qu'exigé par les statuts. La motion se lit comme suit:

" M. le Dr Marsolais propose, secondé par M. le Dr Jobin, qu'un examen
" professionnel devant le jury d'examinateurs du Bureau des Gouverneurs soit

" exigé de tous les candidats auxquels le Bureau permettra de bénéficier de la " loi Pineault (1898) modifiée par l'amendement Roy en 1900. "

Il est ensuite résolu à l'unanimité que le privilége de l'amendement Roy soit accordé à tous les candidats irréguliers qui ont soumis leur demande au Bureau.

Cette résolution ne fait que confirmer les prescriptions de la loi médicale et des règlements du Collège; en même temps, elle laisse à tous ces jeunes gens le bénéfice de la loi nouvelle. Jusqu'ici tout est donc normal; il y a entente parfaite entre la législature et le Collège des Médecins.

M. Joseph Gosselin, élève de la Faculté Laval, à Québec, refusa, après avoir été exempté de l'examen du brevet, de subir l'examen professionnel devant le Collège, alléguant qu'il avait passé, bien qu'étant élève non inscrit, son examen universitaire devant les assesseurs du Collège, par suite d'une permission spéciale à lui accordée en 1898 par le président de l'ancien Bureau Provincial de Médecine. M. Gosselin prétendit que le Bureau devait lui donner la licence, puisqu'il avait subi son examen de doctorat devant les assesseurs.

Le Bureau refusa d'accéder à la demande qui lui était faite pour trois raisons: 1° parce que, en 1899, M. Gosselin, étudiant en médecine non inscrit, n'avait pas d'existence légale, que les assesseurs du Collège ne pouvaient pas tenir compte de son examen; 2° parce qu'aucun officier du Collège, même le président, n'a le pouvoir de changer, pour quelque raison que ce soit, les lois de la province et les règlements de la corporation, lesquels définissent d'une manière très claire les devtirs des assesseurs; 3° parce que la loi Pineault-Roy n'exempte pas les étudiants non inscrits, et M. Gosselin en était un en 1899 (avant l'adoption de l'amendement Roy), de l'obligation de subir l'examen professionnel devant le Bureau Provincial de Médecine. Le Bureau, en raisonnant ainsi, s'appuyait sur ses statuts et règlements; il lui était impossible, croyons-nous, d'adopter une autre position que celle qu'il avait toujours prise dans les circonstances semblables.

En septembre 1900, M. Gosselin intenta une action au Collège, pour le forcer à lui délivrer sa licence, et le juge Bonaventure Caron lui donna gain de cause (décembre 1900).

Le Collège en appela de ce jugement devant la cour de révision de Québec, qui confirma le premier jugement rendu:

" Attendu que le demandeur allègue qu'il a subi avec succès tous les examens " requis ;

" Attendu que l'intimé . . . plaide que le requérant n'est pas et n'a jamais " été dans les conditions voulues par la loi et les règlements à cette égard pour " être admis à l'étude et à la pratique. . .

" Considérant que le demandeur et requérant . . est dans les conditions " voulues pous bénéficier des dispositions du chapitre 31 des Statuts de la Pro- " vince de Québec passés en 1898 (*Loi Pineault*) tel que complété par le 63 " Victoria, chapitre 27 (*Loi Roy*) et qu'il a rempli toutes les conditions exigées " pour l'admission à la pratique de la médecine ;

" Considérant que l'intimé n'a pas établi les moyens invoqués par sa dite " défense . . .

" Renvoie la dite réponse, maintenant le dit bref de mandamus et le déclare " péremptoire, enjoignant au dit Collège . . d'accorder au requérant une " licence, etc . . . "

Voici donc le Collège des Médecins condamné pour avoir voulu se conformer aux statuts et règlements de la Corporation. D'après ce jugement, un officier du Collège peut changer à sa volonté les lois et les règlements du Bureau, et la loi Pineault, modifiée par l'amendement Roy, exempte les candidats irréguliers non seulement de l'examen d'admission à l'étude devant le Bureau Provincial de Médecine, mais aussi de l'examen à la pratique devant ce même Bureau.

On comprend la gravité de la situation. La loi médicale a déjà été profondément modifiée par la législature de Québec; si, maintenant, les tribunaux enlèvent au Collège le peu de pouvoirs qui lui restent, l'utilité du Bureau Provincial de Médecine devient très restreinte. Autant vaudrait reculer jusqu'en 1847, époque où les juges seuls délivraient les licences médicales. De plus, c'est ouvrir la porte à toutes les ambitions de ceux qui ne se sont pas conformés à la loi, ce qui peut avoir des conséquences incalculables.

Heureusement que la question n'est pas définitivement réglée. En effet, la cour d'appel aura bientôt à se prononcer sur ce sujet, et voici comment.

Le jour même où M. Gosselin gagnait, en cour de révision, sa cause contre le Collège, (ce qui rend ce jugement définitif

en autant que M. Goselin est concerné) MM. Chabot, Bernard, Brunet, Paradis, Filion et Millette s'adressaient à leur tour au juge Caron; ils réclamaient non seulement leur licence, mais encore $1000 de dommages chacun; le juge accorda à chacun $100, plus la licence. Le Collège en a immédiatement appelé de ce sextuple jugement, devant la cour d'appel, où les causes sont inscrites pour le prochain terme.

Il y avait lieu de s'attendre à ces poursuites. Du moment que les tribunaux civils ouvrent aussi largement la porte de la Corporation, accordent à la loi Pinault-Roy une portée qu'elle n'a pas, qu'on n'a jamais voulu lui donner, légalisent les permissions bénévoles non autorisées par les statuts, accordent même des dommages-intérêts aux pétitionnaires, la partie devient vraiment trop belle pour tous les irréguliers, dont un grand nombre, paraît-il, se proposent d'exiger la licence du Collège, en s'appuyant sur le jugement précédemment rendu.

Le Collège des Médecins peut-il, sensément, se prêter à ces transactions? Certainement non. Les intérêts de la corporation sont en jeu; c'est au Bureau Provincial de Médecine à les défendre. Nous espérons sincèrement que les tribunaux supérieurs reconnaîtront ses droits, ses règlements, ses statuts, et couvriront du manteau de la justice ceux qui ont obéi aux prescriptions de la loi, et non pas ceux qui ont cherché, pour une raison ou pour une autre, à les éluder. Les quinze cents médecins de la Province de Québec qui, à l'heure actuelle, exercent légalement leur profession, et qui, pour cela, se sont imposé tous les sacrifices de travail, de temps et d'argent qu'exige la loi, ont droit à ce que le Bureau Médical et les tribunaux les protègent en exigeant que les irréguliers se conforment *au moins* à la loi telle qu'amendée.

E. P. Benoit.

ANALYSES

MEDECINE

De l'emploi des procédés de laboratoire dans le diagnostic pratique de la fièvre typhoïde. (1)

De tous les procédés chimiques qui ont été proposés comme moyens de diagnostic dans la fièvre typhoïde, il n'en est pas de plus simple que l'*uro-diagnostic*, qui repose sur l'étude du syndrome urologique de la maladie.

I. Le syndrome urologique de la typhoïde aurait, pour M. A. Robin, certains caractères propes: 1° la coloration bouillon de bœuf avec reflets verdâtres de l'urine; 2° une albuminerie modérée, mais constante; 3° la disparition de l'uro-hématine; 4° la présence de l'indican, indépendante des signes intestinaux concomitants; 5° la persistance ou l'augmentation de l'acide urique; 6° l'absence d'uro-érythrine; 7° une diminution des phosphates terreux.

De tous ces caractères, le dernier seul exigerait un dosage délicat; le premier est constatable à la simple inspection, et, quant aux autres, il suffit, pour se renseigner sur leur présence, de verser un peu d'acide azotique dans l'urine. On voit alors apparaître de haut en bas un diaphragme d'acide urique, un disque net d'albumine, la teinte verdâtre ou violacée de l'indican. En chauffant modérément XX gouttes d'urine avec 5 centimètres cubes d'acide chlorhydrique, la liqueur devient violette ou noire si l'urine contient de l'indican. En agitant l'urine avec un peu d'éther ou de chloroforme, on met en évidence la coloration violette lorsque l'urobiline masque la réaction. Les urines contenant de l'uro-hématine et bouillies avec l'acide chlorhydrique (à la dose de X gouttes d'acide pour 5 centimètres cubes d'urine) prennent une coloration rosée ou rouge.

Tel est, d'après M. Robin, le syndrome dont la présence rend plus que probable le diagnostic de la fièvre typhoïde. Malheureusement, d'après M. Robin lui-même, il est assez souvent en défaut: ce n'est donc pas un élément de diagnostic suffisant par lui-même.

II. La *diazo-réaction* d'Ehrlich (1882) est basée sur la coloration que prennent les urines des malades atteints de dothiénentérie en présence du sulfo-diazo-benzol. Cete dernière substance est obtenue en ajoutant à 250 grammes de la solution suivante:

Eau distillée.. .. .. 1000 cent. cubes.
Acide chlorhydrique.. .. .. 50 grammes.
Acide sulfanilique.. .. .. Q. S. pour saturer.

5centimètres cubes de cette autre solution:

Eau distillée.. .. .. 100 grammes.
Nitrite de soude.. .. .. 0 gr. 50 centig.

Le mélange est versé dans un tube à essai avec une quantité équivalente d'urine, on alcalinise fortement et on agite. La réaction négative est caracté-

(1) Masbrenier, Th. de Paris, 1901, dans *Gazette des Hôpitaux*.

risée par une teinte orangée ou brune, la réaction positive par une coloration rose ou rouge qu'il faut rechercher surtout au niveau de l'écume produite. Les solutions doivent être assez fréquemment renouvelées.

Quelle est la valeur de cette méthode? La diazo-réaction, pour M. Masbrenier, est capable de rendre de grands services, mais elle n'est nullement spécifique, puisqu'on la rencontre dans la tuberculose, dans les infections streptococciques ou pneumococciques, dans la diphtérie, la rougeole, la scarlatine, etc.

III. La *recherche du bacille d'Eberth dans le sang et dans les selles* donne-t-elle de meilleurs résultats? Les ensemencements de sang retiré par ponction de la rate sont évidemment faciles à pratiquer; mais la ponction de la rate est loin d'être inoffensive et l'on ne devra avoir recours à cette méthode que dans quelques cas exceptionnels. Quant à la recherche du bacille dans les selles, elle ne saurait, avec les milieux habituels, donner de résultats: aussi s'est-on évertué à trouver un milieu tel que le bacille d'Eberth pût s'y développer à l'exclusion de toutes bactéries ensemencées en même temps que lui. C'est dans ce but que l'on a successivement proposé la gélatine phéniquée, le milieu d'Elsner modifié, etc. Mais ces méthodes restent exclusivement des méthodes de laboratoire, aussi le praticien a-t-il le droit de les ignorer.

IV. La *valeur diagnostique du procédé de Widal dans la fièvre typhoïde de l'enfant* peut rendre les plus grands services. Rappelons la technique à employer (voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1379). Le sang est obtenu par piqûre de la pulpe du pouce, au moyen d'une lancette. La région est préalablement nettoyée à l'éther, la compression circulaire du doigt rend la douleur insignifiante et facilite l'écoulement de sang. Les quelques gouttes de sang sont recueillies dans un tube à essai et mises à reposer. Au bout de quelques heures, le sérum est aspiré avec une pipette, on en dépose une goutte dans un verre de montre et on mélange à un nombre donné de gouttes de culture d'Eberth. Les préparations sont examinées à l'objectif n° 7, de Leitz, et à l'oculaire n° 1. Les cultures doivent, autant que possible, être sur bouillon et ne dater que de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Il convient d'employer une dilution à 1/30, et de suivre la réaction au microscope au moins pendant deux heures. Ainsi pratiquée, la séro-réaction possède une haute valeur diagnostique. Par sa constance et sa précocité, la réaction aglutinante constitue le signe de certitude le plus important de la dothienentérie.

V. Le *fibrine diagnostic*, c'est-à-dire la recherche de l'exagération de la production de la fibrine dans certaines affections fébriles, sa diminution, au contraire, dans d'autres cas, est depuis longtemps connu, mais n'a été que récemment appliqué à la dothiénentérie. Le fibrine-diagnostic est facile à pratiquer: il suffit, en effet, de prendre une lamelle bien plane et une lame creusée d'une rigole circulaire, isolant en son milieu un petit disque dont la surface se trouve à un niveau un peu inférieur au niveau du reste de la lame. Le sang est recueilli par piqûre et recueilli immédiatement sur le disque central de la lame à rigole: on recouvre avec la lamelle et on examine à l'objctif n° 7.

Dans la fièvre typhoïde, le réseau fibrineux est totalement absent, ou du moins réduit à des fibrilles très ténues, occupant principalement les plus petites des lacunes interglobulaires, et les leucocytes sont rares dans le champ de la préparation. Comme la réaction est inverse dans la pneumonie, on peut

se fonder sur cette méthode pour confirmer le diagnostic clinique. Mais: *a.* il est des cas intermédiaires où l'on reste dans le doute: *b.* la fibrine-réaction, nulle ou atténuée, existe aussi dans la tuberculose et dans les fièvres éruptives. Ces réserves faites, il faut considérer le fibrine-diagnostic comme un procédé de très grande valeur. L.

CHIRURGIE

Abcès péri-appendiculaire contenant un calcul au centre duquel se trouve un morceau de fil de lin.—(Presentation à la Société de Chirurgie de Paris, séance du 15 mai 1901).

M. Guinard présente à la Société un calcul trouvé libre dans un abcès péri-appendiculaire. Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, entrée le 6 mai dans son service; elle avait depuis huit jours des signes manifestes d'appendicite à forme suraiguë. Sept jours après il intervint pour évacuer un abcès volumineux. L'incision faite au centre du gâteau, il s'écoula un grand verre de pus épais, infect, contenant des débris de l'appendice sphacélé. Dans ce pus fut recueilli un calcul de la forme et du volume d'un noyau de datte. En écrasant ce calcul et en l'examinant avec soin, l'on mit à découvert un morceau de fil de couturière de deux centimètres de long.

Voici le troisième corps étranger vrai de l'appendice que M . Guinard présente depuis quelque mois. Il lui semble vraiment que si on cherchait avec soin dans les calculs appendiculaires, on trouverait très souvent de petits corps étrangers vrais qui ont servi de centre de cristallisation pour la formation des calculs. Ici,, ce bout de fil a fait absolument le même office que le fil de chanvre ou de lin qu'on met dans le sirop pour fabriquer le sucre candi.

La malade dit maintenant qu'elle a l'habitude d'avaler des morceaux de fil de lin; elle apprend la couture et a constamment du fil dans la bouche.

Calcul biliaire extrait de la vésicule par cholécystotomie, par MM. ALBERT MAUCHET et PAUL HALLOPEAU.—(Communication à la Société Anatomique).

Ces Messieurs présentent à la Société un volumineux calcul uniforme (45 grammes) extrait de la vésicule biliaire d'une femme de 56 ans. La malade qui fait l'objet de cette observation est mère de 7 enfants; elle entre à l'hôpital pour une crise douloureuse dans le côté droit de l'abdomen, accompagnée de vomissements, surtout bilieux et de constipation opiniâtre. Ces douleurs étaient surtout marquées depuis 4 jours.

Des phénomènes analogues s'étaient déjà manifestés deux ans auparavant et s'étaient terminés par une guérison spontanée et complète.

Elle présente en ce moment un facies déjà un peu altéré, les yeux creusés, la langue saburrale à la base, sèche à la pointe; le pouls est fréquent (105), assez faible, la température s'élève à 37°, 8.

L'abdomen est ballonné, dans la fosse iliaque droite, une palpation même superficielle, réveille une douleur vive, spécialement localisée au point de Mac-Burney. A ce niveau, une pression plus profonde permet de délimiter une tu-

méfaction ovoïde du volume d'une grosse orange, à surface lisse et régulière; profondément la tumeur paraît appliquée sur la fosse iliaque.

La percussion nous permet de reconnaître l'indépendance du foie dont la zone de matité un peu abaissée, mais d'étendue normale est séparée de la tuméfaction par une zône étroite de sonorité.

Le diagnostic porté est celui de collection suppurée péri-appendiculaire, et l'intervention chirurgicale est pratiquée. Incision sur le bord extrême du grand droit. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une faible quantité de liquide. L'épiploon est adhérent à la tumeur qui apparaît comme une poche lisse très-étendue, certainement kystique. On voit cette tumeur se prolonger en haut sous la face inférieure du foie; il s'agit de la vésicule biliaire très distendue et très abaissée; les anses intestinales la recouvrent en partie au voisinage du bord antérieur du foie. Elle est attirée hors de la plaie abdominale et incisée sur une petite étendue.

Il s'écoule une grande quantité de liquide clair, transparent et, à la suite de celui-ci, un pus filant, visqueux, verdâtre.

En explorant, avec le doigt introduit sous le foie, le canal cystique, on sent une tuméfaction dure que la pression mobilise; c'est un gros calcul engagé dans le col de la vésicule, que l'on fait sortir par l'incision agrandie de la vésicule; l'exploration digitale de la face inférieure du foie, ne fait pas sentir d'autre induration.

Comme la vésicule biliaire très épaissie, semble adhérente au parenchyme hépatique sur une grande étendue, comme ses parois ne sont pas altérées, l'on préfère l'abandonner à la paroi par une cholécystotomie, après l'avoir partiellement réséquée.

Le lendemain la température tombe, l'état général s'améliore rapidement; il s'écoule par la plaie une faible quantité de liquide biliaire. Malheureusement, le surlendemain soir, la malade est prise d'une congestion pulmonaire double qui l'emporte en vingt-quatre heures.

L'autopsie a permis de reconnaître, outre le *parfait état de la bouche vésiculaire*, l'intégrité absolue du péritoine, la perméabilité complète des voies biliaires. Le foie était normal comme volume, mais très gros à la coupe; cœur gras; un peu de liquide dans le péricarde. Congestion pulmonaire des lobes inférieurs des poumons droit et gauche.

A. Marien.

OBSTÉTRIQUE

Accouchement forcé pour l'insertion vicieuse du placenta avec hémorragie, par le professeur Fournier, d'Amiens, dans l'*Obstétrique*, novembre 1900.

Le pronostic de l'insertion vicieuse est sombre, 25 à 40 p. 100 de mortalité pour la mère; 70 p. 100 pour l'enfant lorsqu'on n'intervient pas.

Les méthodes suivantes ont été conseillées: tamponnement, rupture des membranes, introduction du ballon de Barnes, de Champetier, version de Braxton Hicks, etc.; elles ont réduit la mortalité de 20 à 10 p. 100 et même au-dessous.

Tout en rendant justice à ces méthodes, l'auteur affirme qu'il n'y a qu'un seul traitement pour les hémorragies placentaires: *l'accouchement forcé.*

L'auteur laisse de côté l'éclampsie et les vomissements inédérectiles.

Il rapporte sept observations où il a pratiqué *avec succès* l'accouchement forcé: 7 mères vivantes, 4 enfants morts.

Il emploie la *dilatation forcée* d'abord, et la *version podalique* ensuite. "Seule leur réunion constitue la méthode."

L'auteur affirme que l'urgence opératoire est aussi grande ici que si l'artère radiale était sectionnée.

C'est une méthode logique car, si on n'intervient pas, la femme exsangue menace de succomber, et en vidant l'utérus toute hémorragie cessera.

"Après dilatation du col, on extrait le fœtus, le placenta et les membranes on *extrait tout*, on vide complètement l'utérus, afin qu'il régresse, afin qu'il pince lui-même ses vaisseaux, afin qu'il se fasse à lui-même son hémostase: l'accouchement forcé est la seule méthode qui donne ce résultat."

Elle est efficace, car on arrête l'écoulement du sang; il n'est plus à craindre. Deux conditions sont nécessaires à cette opération: l'*antisepsie* et les *injections salines.*

L'*indication unique* est l'apparition d'hémorragies importantes à la fois de la grossesse ou au commencement du travail.

Voici en quoi consiste le manuel opératoire conseillé par le professeur Fournier:

1° Désinfection des parties génitales et des mains, anesthésie de la parturiente;

2° Dilatation du col avec les doigts, une main ou les deux mains chez une *multipare*; dilatation avec les bougies d'Hégar, puis l'index, puis la main ou les deux mains de préférence aux instruments chez une *primipare*;

3° Quand la dilatation est suffisante pour laisser passer la main entière, pratiquer la version podalique en longeant le côté du placenta s'il est marginal, ou en le perforant s'il est central, saisir un pied qu'on abaisse rapidement pour éviter un écoulement trop abondant et ne précipiter l'extraction que s'il y a espoir d'obtenir un enfant vivant;

4° Vider l'utérus, placenta et membranes, et donner une injection intra-utérine antiseptique.

Et l'auteur publie une statistique de sept cas: mortalité maternelle 0 p. 100; mortalité infantile 43 p. 100.

Puis l'auteur publie trois observations inédites où cette méthode a été rigoureusement mise en pratique avec le succès que nous connaissons. Dans deux cas, on a injecté 1 litre 1-2 de sérum artificiel, sous la peau. L'antiseptique employé a été le sublimé en solution faible.

La chorée gravidique, par OUI, agregé de Lille, dans la *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie,* novembre 1900.

"Au cours de la grossesse, dit l'auteur, certaines femmes sont affectées d'une maladie caractérisée par des contractions musculaires involontaires, persistant pendant le repos et par une incoordination frappante des mouvements volontaires. C'est dire que ces malades présentent les symptômes habituellement constatés dans la chorée."

L'auteur pense que la grossesse joue un rôle dans la génèse de cette maladie et il affirme que la chorée gravidique existe dans les proportions de 1 p. 1000 environ, d'après une statistique faite à Beaudelocque.

La chorée se rencontre plus souvent chez les primipares et il arrive même qu'elle est une récidive d'une chorée de l'enfance. Les émotions vives en sont, le plus souvent, la cause occasionnelle: frayeur, colère, etc.... surtout lorsqu'elles évoluent sur un terrain névropathe: hystérie...

Au point de vue *pathogénique*, l'auteur, laissant de côté, à cause de leur incertitude, les théories d'hypoglobulie, d'embolie, de rhumatisme, etc, cherche à démontrer l'importance et le rôle considérable que joue l'auto-intoxication ou hépato-toxémie, suivant l'expression du professeur Pinard, dans la pathologie de la grossesse. Ces intoxications favorisent l'éclosion et l'évolution du ptyalisme, des vomissements incoercibles, de l'éclampsie, de la *chorée*.

"Quelle que soit la cause, dit Oui, le fait existe; la grossesse peut être la cause d'une chorée véritable, qui se présente avec les mêmes symptômes que la chorée observée hors l'état de gravité." —

Elle apparaît pendant les quatre premiers mois de la grossesse, soit brusquement, soit progressivement, en envahissant les membres supérieurs qui deviennent maladroits, etc.... puis la tête, la face, le cou, les membres inférieurs, le tronc qui sont animés de mouvements *involontaires* et qui peuvent cesser pendant le sommeil dans les cas légers, ou qui, dans les cas graves, se continuent sans interruption et empêchent la malade de dormir.

Les troubles de l'intelligence accompagnent quelquefois les troubles de la mécanique: irritabilité, indifférence, hallucinations; ils indiquent un mauvais pronostic. La chorée disparaît généralement après la délivrance ou dans les 30 jours qui suivent.

La mortalité varie de 17 à 25 p. 100. Oui, dit que ces chiffres sont trop élevés.

Les accouchements prématurés et les avortements arrivent dans 30 p. 100 des cas. La mortalité infantile de 10 à 12 p. 100.

Le *traitement* exige d'abord une tranquillité absolue; l'isolement dans les conditons les plus favorables; le régime lacté en cas de mouvements très violents.

Parmi les médicaments employés, on a donné le bromure de potassium, l'oxyde de zinc, la valériane, l'hyosciamine, l'antipyrine, la plupart sans succès.

Le *chloral* a donné des résultats excellents. Le professeur Pinard, le donne à la dose de 6, 8, 10 grammes par jour. "Le chloral doit être administré, dit-il, de telle sorte que la malade soit plongée dans un sommeil continuel; on ne la réveillera qu'au moment des repas. Le traitement sera continué dans toute sa vigueur jusqu'à ce que l'on constate une amélioration notable. Alors, on pourra diminuer les doses; mais le médicament ne sera supprimé que lorsque la chorée aura disparu complètement."

L'auteur, Oui, cite plusieurs observations où le chloral a été donné à la dose de 6, 7, 8 et 10 grammes par jour, pendant 8, 10 et 11 jours consécutifs. Il rapporte une observation personnelle d'une femme, enceinte de deux mois, névropathe, qui fut prise de chorée à la suite d'émotions très vives. Les symptômes étaient des plus violents. Après un traitement bromuré inutile, le docteur Oui la mit au lait, 4 grammes de chloral par jour durant cinq jours. On l'alimente avec des œufs et du lait. Au bout de ce temps on diminue à 2 grammes à la suite d'une légère amélioration.

Le 7e jour, recrudescendence, 4 grammes de chloral que l'on continue du 28 février au 15 mars, époque à laquelle on cesse le chloral. La malade était assise tranquille dans son lit.

Le 5 avril elle sortait en parfait état, et elle accouche *à terme* le 6 septembre, d'un enfant vivant.

L'auteur recommande donc le régime lacté, les œufs, le chloral comme traitement de la chorée gravidique.

Quant à l'avortement ou accouchement prématuré provoqué, l'auteur les désapprouve. "L'intervention obstétricale, dit-il, ne doit se produire qu'après l'échec bien constaté du traitement médical rigoureusement appliqué, et lorsque la gravité de la maladie ne laisse pas d'autre espoir de salut."

J.-A. LESAGE.

PHARMACOLOGIE

TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES.

I. *Externes :*

Saupoudrer les bourrelets avec du *Calomel* et donner aux malades des laxatifs.

II. *Internes :*

Laver soigneusement l'anus avec l'eau boriquée, puis appliquer soir et matin dans l'anus une des pommades suivantes :

Extrait d'hammelis	0 gr. 50 centigrammes.
Extrait de ratanhia	0 gr. 75 centigrammes.
Extrait de belladone	0 gr. 10 centigrammes.

Où bien :

Vaseline	15 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20 centigrammes.
Antipyrinne	1 gr. 50 centigrammes.
Salol	1 gramme.
Cire, q. s. pour consistance.	

En appliquer dans l'anus gros comme une noisette.

Quand les hémorrhoïdes ont de la tendance à sortir, on emploie la pommade suivante aux mêmes doses :

Vaseline	20 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 15 centigrammes.
Tanin	1 gramme.
Extrait de ratanhia	0 gr. 50 centigrammes.
Extrait de belladone	0 gr. 10 centigrammes.

A l'intérieur on conseille de prendre vingt à trente gouttes par jour de teintnre de Marron d'Inde. Nous avons une préparation à peu près équivalente sur le marché, ici, appelée *Marronine.*

COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DE LA PROVINCE DE QUEBEC

Avis est par les présentes donné que l'élection des Membres du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, aura lieu MERCREDI, le 4 septembre 1901.

Les Officiers Rapporteurs des 27 divisions électorales de la province de Québec, sont :

District de Québec.

No. 1—Québec, centre, — Dr P. V. Faucher, 392, rue St-Jean, Québec.

" 2—Québec ouest, Québec est, St-Sauveur. — Dr Az. BÉDARD, 1039 St-Valier, Québec.

" 3—Lévis, Lotbinière,—Dr PHILIPPE LORD, Lévis, Co. Lévis.

" 4—Montmorency, Québec, Portneuf, — Dr A. LAVOIE, St-Colomb de Sillery, Co. Québec.

" 5—Charlevoix, Chicoutimi, Lac St-Jean,—Dr E. F. FLUHMANN, Roberval, Co. Chicoutimi.

" 6—Beauce, Dorchester, — Dr E. M. DÉCHÊNE, St-François, Co. Beauce.

" 7—Bellechasse, Montmagny, L'Islet, — Dr B. BLOUIN, Montmagny, Co. Montmagny.

" 8—Kamouraska, Témiscouata, — Dr P. PICARD, Fraserville, Co. Témiscouata.

" 9—Rimouski, Matane, Gaspé, Bonaventure, Isles de la Madeleine, — Dr J. A. COTE, Matane, Co. Rimouski.

District de Montréal

No. 1—Montréal, Nos. 1 et 2, — Dr S. BOUCHER, 1133, rue Ontario, Montréal.

" 2—Montréal, Nos. 3 et 4—Dr E. P. BENOIT, 476, rue Sherbrooke, Montréal.

" 3—Montréal, Nos. 5 et 6 — Dr JAMES M. JACK, 56, Beaver Hall, Montréal.

" 4—Joliette, L'Assomption, Montcalm, Berthier, — Dr A. M. RIVARD, Joliette, Co. Joliette.

" 5—Terrebonne, Argenteuil, Deux-Montagnes, Laval, — Dr DANIEL PLOUFFE, St. Martin, Co. Laval.

" 6—Ottawa, Pontiac, — Dr T. B. DAVIES, Chelsea, Co. Ottawa.

" 7—Beauharnois, Chateauguay, Huntingdon, Soulanges, Vaudreuil, — Dr D. F. WALKER, Huntingdon, Co. Huntingdon.

" 8—Shefford, Brome, Missisquoi, — Dr K. COWLEY, Granby, Co. Shefford.

No 9—St-Jean, Chambly, Napierville, Iberville, Laprairie, — Dr P. H. Le Sage, Longueuil, Co. Chambly.

No 10—St-Hyacinthe, Bagot, Rouville. — Dr Emile Ostigny, St-Hyacinthe, Co. St-Hyacinthe.

No 11—Richelieu, Yamaska, Verchères. — Dr Isaie Sylvestre, Sorel, Co. Richelieu.

No 12 Hochelaga-est, comprenant : Pointe-aux-Trembles, Longue-Pointe, Rivière-des-Prairies, Sault-au-Recellet, Maisonneuve, Delorimier, Petite Côte, St-Léonard-de-Port-Maurire, St-Louis du Mile-End et les quartiers Hochelaga, St-Denis et St-Jean-Baptiste dans la ville de Montréal. — Dr C. Bernier, No 1181, rue St-Denis, Montréal.

No 13—Hochelaga-ouest, comprenant : le comté de Jacques-Cartier, Verdun, Ville St-Paul, Côte St-Paul, St-Henri, Ste-Cunégonde, Westmount, Outremont, Notre-Dame des Neiges, Notre-Dame de Grâces, Montréal, Ouest et le quartier St-Gabriel, dans la ville de Montréal. — Dr E. G. Asselin, No 137 rue Vinet, Ste-Cunégonde.

District de Trois-Rivières

No. 1—Drummond, Arthabaska, Mégantic, — Dr J. E. Blondin, Arthabaskaville, comté d'Arthabaska.

No. 2—Trois-Rivières (ville), Champlain (comté), — Dr E. F. Panneton, Trois-Rivières, comté des Trois-Rivières.

No. 3—Saint-Maurice, Maskinongé, Nicolet, — Dr H. Trudel, Saint-Grégoire, comté de Nicolet.

District de Saint-François

No. 1—Sherbrooke (ville et comté), — Dr F. A. Gadbois, Sherbrooke, comté de Sherbrooke.

No. 2—Compton, Stanstead, Richmond, Wolfe, — Dr J. A. McCabe, Windsor Mills, comté de Richmond.

Montréal, 27 Juillet 1901.

A. R. MARSOLAIS, M.D.,

Registraire C. M. et C. P.Q.

No 159, RUE ST-DENIS.

JUILLET 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.
391 — Comment on meurt après cinquante ans ..... *Demers*
409 — L'alimentation chez le nourrisson. ..... *De Grandpré*

REVUE GÉNÉRALE.

424 — Traitement de la diarrhée infantile ..... *Hervieux*

CORRESPONDANCE.

431 — L'antikamnia, la thérébentine et le sérum de Marmoreck dans l'infection puerpérale ..... *Mercier*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

437 — Le nouveau mode d'élection du Bureau des Gouverneurs ..... *Benoit*

ANALYSES.

MÉDECINE.

442 — Thyroidectomie dans la maladie de Graves..... .... *Chagnon*
443 — Stase alimentaire et décubitus latéral droit.. .....

OBSTÉTRIQUE.

444 — De la rétention des membranes après l'accouchement. — Délivrance artificielle. — Déchirure du périnée..... *LeSage*

PÉDIATRIE

447 — L'alcool chez le nourrisson.....*Idem*

THÉRAPEUTIQUE.

448 — Traitement de l'hyperchlorydrie.....*Idem*

PHARMACOLOGIE.

450 — Rhino - pharyhgites. — Pelade, etc. (formules diverses)..... ....

BIBLIOGRAPHIE.

452 — Traité médico-chirurgical de gynécologie (Labadie, Lagrave et Legueu).... .... *Marien*

MEMOIRES

COMMENT ON MEURT APRÈS CINQUANTE ANS

Par le Professeur DEMERS
Suppléant à la Clinique médicale de l'Hôpital Notre-Dame.

LES CAUSES DE LA MORT PAR ENDARTÉRITE GÉNÉRALISÉE (Artério-sclérose)

Avant de vous parler de cette affection si bien connue depuis que Lancereaux l'a étudiée d'une manière si magistrale, laissez-moi revenir quelque trente ans en arrière. En 1870, lorsque je m'asseyais pour la première fois sur les bancs de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal je fus frappé par cet apophtegme ou parole mémorable: " Dès que l'homme nait il commence à mourir." En effet, dès les premières heures de son existence le nouveau-né éprouve la lutte pour la vie. A peine les premiers besoins de conservation se font-ils sentir que déjà il rencontre des obstacles lorsqu'il veut s'alimenter au sein maternel. Des végétations ou tumeurs adénoïdes, situées au pharynx nasal, l'empêchent de respirer, provoquent des symptômes de suffocation; il lâche le sein maternel à tout moment. De ce fait il a rapidement des symptômes de dénutrition, il devient atrepsique. Les secrétions nazales sont gênées, le nez coule, le bébé a du jetage. Il dort la bouche ouverte, il est anémié par respiration imparfaite; aussi, que de déformation du *thorax*.

Que de faux croup par intoxication carbonique du sang...

Quand viennent les troubles de la dentition les erreurs d'alimentation amènent la diarrhée verte, cette cause si fréquente de mortalité du jeune âge. Avec l'âge le terrain de la lutte s'élargit.

C'est la diphtérie, les convulsions, la rougeole, la coqueluche, scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, l'influenza, la périostite de croissance, le rhumatisme aigü, toutes maladies qui exposent le sujet à un triste héritage. Il peut de ces faits

devenir un cardiaque, un rénal, ou un hépatique, si l'atavisme ne fait pas de lui un arthritique, un obèse, un diabètique, etc.

Mais, c'est passé cinquante ans que nous avons à compter avec la cause si fréquente de la mort à cette période. Je veux parler de l'endartérite généralisée ou artério-sclérose. Je veux est-il important de diagnostiquer assez tôt cette affection, si on ne veut pas qu'elle emporte avant le temps plusieurs de nos malades, parce qu'elle engendre des désordres graves dans le *cerveau*, le *cœur* et le *reins*.

Mais auparavant, laissez-moi vous soumettre quelques observations prises dans ma clinique médicale à l'Hôpital Notre-Dame, à Montréal.

Le 1er mars 1901, arrivait dans mon service un malade âgé de 52 ans. Ce malade présentait un teint jaune terreux, les yeux saillants et larmoyants. Une calvitie en fer à cheval avait mis à nu le frontal, une partie des pariétaux et de l'occipital. Des veinules saillantes couvraient le nez et les joues. Sub-ictère des yeux. La respiration était précipitée. Tirage costal. Battement des vaisseaux du cou. En découvrant le ventre je le trouve ballonné, mat dans les côtés; les jambes sont œdématiées et présentent de la pigmentation. Les ongles sont en strates en escalier. Le malade se sent essoufflé depuis longtemps, mais il ne peut pas préciser. Il a du vertige, céphalalgie en casque de pompier. S'il lève les yeux du côté de son front le vertige le reprend. Il urine peu. Son rein est à peu près imperméable; le pouls ne s'affaisse pas sous le doigt: on dirait un tuyau de pipe en palpant la radiale. Si on met le bras dans la demi-flexion, il est visible, se dessine à chaque pulsation, il a l'air de se mouvoir comme un reptile.

La palpation à la base du cœur donne une sensation vibratoire. On voit des pulsations au-dessus de la fourchette du sternum. Le sthétoscope placé dans le deuxième espace intercostal gauche nous transmet un souffle diastolique. D'autres signes se montrent: pouls capillaire, aux ongles, au palais mou et sur le front. Le malade présente des symptômes d'angine de poitrine qui nous semblent dûs au rétrécissement des coronaires. Le foie déborde les fausses côtes et est sensible à la

pression. Malgré les purgatifs, les diurétiques, et les stimulants cardiaques, strychnine, caféine, le malade tombe dans l'état comateux qui termine la scène. Pendant l'observation nous avons trouvé peu de traces d'albumine. Ici c'est intermittent.

Autopsie 24 heures après la mort. A l'ouverture du thorax les poumons s'affaissent : il n'y a donc pas d'emphysème. Le cœur augmente de volume ; aucun épanchement dans la cavité pleurale ; insignifiante dans le péricarde. En sortant le cœur et l'aorte qui est énorme, nous sectionnons la pointe : un courant d'eau que nous mettons dans l'aorte revient par la pointe ; preuve de notre diagnostic : " insuffisance aortique, d'origine artérielle ou de Hodgson ". Les valvules sigmoïdes présentent des plaques calcaires. Des plaques semblables se trouvent dans la crosse de l'aorte qui est dilatée ce qui explique les pulsations à la fourchette sternale.

Les poumons sont sains ; le *foie augmenté* de volume est *muscadé*. Les deux reins sont inégaux, le droit pesant 32 grammes de plus que l'autre. Les autres organes ne présentent rien de spécial. Le cerveau ne présente rien de pathologique.

Quelques jours après arrivait dans mon service un homme de 56 ans, présentant des signes de Brightisme, avec une plaque gangréneuse dans le tiers inférieur de la jambe gauche. Il avait des bruits de galop, artères résistantes, pression sphygmomanométrique à 22. Albumine dans les urines. Râles secs à la base des deux poumons. Dyspné urémique, tirage diaphragmatique. Malgré les ventouses, les drastiques, les diurétiques, cet homme tombe dans le comâ urémique qui se termine bientôt par la mort.

A l'autopsie, à part les signes de néphrite artérielle, un rein plus petit que l'autre, nous trouvons un caillot dans la poplité droite, et vous avez sous les yeux une partie de la fémorale droite.

Je pourrais vous citer nombre d'autres cas avec des manifestations pathologiques diverses, dans lesquelles pour moi, un examen attentif me prouvait toujours qu'un lien commun réunissait tous ces désordres ; je les attribuais à l'altération du

système artériel. Pour moi c'est un fil conducteur, qui nous sert de guide sûr, du moment qu'on examine son sujet d'une manière systématique et avec patience, interrogeant le cœur, le foie et les fonctions rénales.

Analysons ensemble les étapes de l'artério-sclérose et nous y verrons comment il faut interpréter plusieurs maladies que l'on a trop compliquées, avant l'étude de Lancereaux sur cette entité morbide, entr'autres le ramollissement du cerveau et la néphrite atrophique, que l'on peut aujourd'hui baptiser sous le nom de *néphrite artérielle*.

C'est dans l'aorte, la plupart du temps, qu'elle débute et c'est dans l'aorte que l'anatomo-pathologiste trouve les lésions les plus grosses. Vous en avez la preuve dans ce cœur. On y découvre des plaques peu étendues d'abord; elles sont minces, transparentes. La dimension première est celle d'une lentille. Elles s'accroissent assez rapidement pour prendre bientôt la dimension d'un demi à *un* centimètre (une à deux lignes). Elles deviennent opaques en augmentant et si l'on regarde l'aorte, *à jour frisant*, celle-ci présente une apparence mammelonnée; ces plaques se disséminent dans le réseau sanguin et leur siège de prédilection est dans la lumière des artères collatérales.

N'y a-t-il pas là une explication de l'anémie des viscères qui reçoivent le sang de ces vaisseaux? En effet, ceux-ci présentent aussi des plaques disséminées; ces plaques les épaississent et diminuent leur calibre. Vous en avez une preuve dans cette portion fémorale. Si vous regardez les choses de près, vous remarquerez la chose dans les artères rénales, cérébrales, etc.

Chez les artério-scléreux avancés la radiale est allongée, flexueuse, annelée (en trachée d'oiseau). Mes élèves en clinique médicale ont bientôt dépisté un artério-scléreux confirmé à l'examen du pouls. Dans les autopsies, les autres artères présentent les mêmes dispositions. On les trouve aussi amincies, dilatées ou rétrécies. Ici l'interprétation est facile parce que les plaques leur font perdre leur élasticité. Ces plaques s'organisent sur la tunique interne des vaisseaux, les autres tuniques sont à peine touchées quelquefois. Avec le temps

elles subissent une altération granulo-graisseuse. Arrivées à cet état elles donnent à l'aorte un aspect inégal, il s'y forme des aspérités de grosseur variable.

C'est un véritable magma, une bouillie en un mot. Frottées incessamment par le sang, ces aspérités se laissent dénuder. Il s'en détache des lames minces, qui, entrant dans le sang, causent des accès fébriles, traduits par des petits frissons, que Dieulafoy, dans ses signes du Brightisme, nomme cryesthésie, (frisson entre cuir et chair).

Plus tard nous trouvons dans la tunique interne, des foyers calcaires. Ces foyers calcaires, par leur contact, peuvent amener des fissures qui laissent transsuder le *sang* à travers la tunique interne. Celui-ci, s'infiltrant sous la tunique interne, refoule la tunique moyenne et externe, l'anévrisme disséquant est constitué. On comprend ainsi la formation des bouchons sanguins qu'obstruent la lumière des artères des membres et causent leur gangrène, comme dans ma deuxième observation.

Que devient le cœur, ici, lui qui est chargé de fournir le sang, cette chair vivante, à tous les organes, et qui a besoin d'une force auxiliaire, l'*élasticité des artères*.

Comme tous les muscles qui font un travail forçant, lui qui est un muscle creux, il s'hypertrophie, témoin cette pièce de ma première observation. Cette hypertrophie, on le comprend aisément, atteint nécessairement le cœur gauche qui s'allonge et s'épaissit. Mais si, avec cela, notre malade fait de la bronchite avec emphysème, le cœur droit, étant ici en cause, se dilatera. Nous pouvons nous rendre compte des causes du *cœur de bœuf*.

Mais nous avons dit que, les artères collatérales étant prises, les organes qui sont alimentés par elles sont anémiés. Si la lumière des artères coronaires est rétrécie, la nutrition du cœur sera ralentie et nous aurons des scléroses partielles de celui-ci ou bien il y aura stéatose, ou dégénérescence graisseuse.

Lorsque le cœur s'hypertrophie, on peut dire qu'il joue le rôle d'hypertrophie de compensation, dans les maladies organiques de cet organe. C'est une hypertrophie nécessaire, iné-

vitable. On peut dire qu'elle est providentielle. Tous les viscères de l'abdomen subissent l'effet du défaut d'irrigation occasionnée par l'inégalité de calibre des artères: *rate petite, indurée*, le rein généralement un seul, atrophié, surtout dans sa substance corticale. Du fait de l'altération des tubes urinaires, sa fonction devient irrégulière. Le malade fait de la polyurie avec albuminurie.

Ne trouverait-on pas ici l'explication des ulcères anciens cicatrisés de l'estomac, trouvés dans nombre d'autopsies? Par le défaut de nutrition, cet organe fait de l'autophagie. Le même fait se rencontre dans l'intestin. On y rencontre des érosions, cause fréquente de diarrhée, de lientérie même.

Les muscles de la vie de relation n'échappent pas aux effets de la maladie. Ne recevant pas leur quote-part de pabulum vitæ, ils deviennent flasques, ils s'atrophient. On trouve du myxœdème chez les malades.

Les muscles font la corde. Voilà encore un signe que mes élèves connaissent bien. Jusqu'à présent dans mon service nous n'avons pas trouvé de malade pris de myxœdème, qui n'ait pas perdu au moins quinze livres. Laissez-moi vous dire en passant, que tous ceux qui entrent dans mes salles, hommes ou femmes, prennent d'abord un grand bain, et sont ensuite pesés, avant qu'un élève de quatrième année en écrive l'observation. Quand il n'y a pas d'inconvénient, la pesée se répète de temps à autre. J'ai pour cela fait installer une balance dans chacune de mes salles de médecine.

Les effets de cette affection se font aussi sentir sur le système cérébro-spinal. Les artères peuvent être ou *rétrécies* ou *dilatées*. On peut par la suite avoir des foyers hémorragiques ou de ramollisement, de ratrait du cerveau venant du défaut d'irrigation de ce centre.

Vous avez sous les yeux une figure prise dans le service de Lancereaux à l'Hôtel-Dieu de Paris. Les foyers hémorragiques peuvent être circonscrits ou disséminés. Les articulations présentent une usure presque constante. Mes élèves en clinique ne négligent pas chez ces malades âgés de faire des flexions et des extensions, pour constater les craquements oc-

casionnés par les ostéophites dans le genou. Les autopsies nous les révèlent toujours. L'aponévrose palmaire, les ligaments et les tendons sont épaissis et rétractés.

Symptomes

Je vais m'efforcer d'esquisser à grands traits les symptômes de cette affection si commune et si inévitable. Les vieillards dont les artères sont saines constituent la très grande exception. Un de nos grands maitres, Potain, croyait ses artères saines. Il est mort soudainement. A-t-on fait son autopsie?... Cependant les annales de médecine nous disent que Thomas Parr est mort à 132 ans et que Harvey n'a trouvé aucune altération dans ses artères.

L'artério-sclérose peut durer depuis longtemps et n'avoir déterminé aucun symptôme appréciable, ou au moins remarqué par le sujet. Mais si on interroge celui-ci: Si on lui demande: Vous levez-vous la nuit pour uriner? Presque toujours il vous dira: "Oui". Essayez de préciser le début de cette pollakyurie nocturne, il est rare qu'on puisse le dire.

Soyez certain cependant que celui qui se lève la nuit pour uriner a un système artériel qui commence à souffrir, et la souffrance porte sur le rein. Mais avant d'aller plus loin laissez-moi vous dire comment je fais procéder mes élèves pour étudier l'artério-sclérose. Ces malades paraissent plus âgés que les années qu'ils comptent. C'est ici le temps de dire qu'on a l'âge de ses artères. Les cheveux ont blanchi de bonne heure. Le malade a de la calvitie en fer à cheval. Du moment que nous constatons cette calvitie, nous regardons les extrémités et nous trouvons de l'eczéma... de la pigmentation, des oignons, des varices, des craquements, et en remontant, bien souvent nous constatons des hernies et le malade souffre d'hémorroïdes. Au visage il y a de petites veinules sur le nez et les joues; aux yeux de l'arc sénile qu'on mettait autrefois sur le compte de l'alcoolisme. Nous avons un collègue des plus sobres porteur d'arc-séniles superbes. Je connais un religieux dont les arcs séniles sont frappants. Les artères temporales saillantes sont sinueuses et indurées. Au poignet les artères radiales sont ré-

sistantes, sinueuses; sous le doigt elles donnent la sensation d'une trachée d'oiseau. J'ai dans le service du docteur Mercier un artério-scléreux dont les artères radiales sont tellement athéromateuses qu'on dirait des tuyaux de pipes qui se soulèvent à chaque pulsation. En les comprimant un peu fortement on pourrait les rompre. Ce malade a une hypertrophie de son ventricule gauche et une plaie au-dessus de la rotule qui guérit lentement à cause de sa nutrition imparfaite, ulcère non disposé à guérir. L'examen des organes, leur interrogatoire, nous rendra compte des artères profondes.

Il est facile de comprendre qu'en raison de la perte d'élasticité des artères, de l'inégalité des diamètres de ces vaisseaux, qui amènent à une gêne mécanique dans la circulation, le cœur qui est obligé de présider à la nutrition des ressorts de tout l'organisme, de tous les organes, se trouve au premier rang; muscle en travail de surmenage, il s'hypertrophie.

Cet hypertrophie du cœur nous donne une juste idée de l'état de circulation. Par la palpation et la percussion, on juge de l'étendue de l'hypertrophie. A l'auscultation on perçoit que l'impulsion est forte, les bruits sont sourds avec un dédoublement du second bruit. Lorsque la lésion artérielle se propage au feuillet aortique des valvules sigmoïdes, celles-ci sont retractées; conséquence, insuffisance aortique, avec souffle diastolique à la base, comme dans le cœur qui est devant vous. Dans ces conditions la tension artérielle est augmentée, ce que nous prouve le sphygmomanomètre qui au lieu de 16 c. c., d'origine nous donne 20 à 22, et c'est ce que je trouve toujours dans mes néphrites artérielles. . . Ici la quantité des urines est augmentée au lieu de 1200 à 1500 c. c., le malade passe 1800 à 2000. Comme je viens de le dire cett polyurie est surtout nocturne. Les urines sont pâles et leur densité tombe de 1015 à 1020, à 1010. Il est bon de se rappeler que dans ces cas la présence de l'albumine est intermittente. Il y a quelques années j'ai vu avec sir William Hingston un cas de néphrite où il y avait à peine trace d'albumine. Le malade mourut. A l'autopsie on trouva un rein rouge tout à fait retracté.

Du fait de l'artério-sclérose, les organes les plus exposés sont le cœur, le rein et le cerveau.

Au cœur il peut y avoir ischémie, défaut de nutrition de l'organe s'il y a retrécissement des coronaires. Ici le malade est oppressé, surtout s'il marche vite, s'il monte un escalier, ou a la dyspnée d'effort de Potain qui en fait un signe important.

Il y a des crises de palpitation et de dyspnée. Ces symptômes ont été longtemps confondus avec l'angine de poitrine. Si du fait de surcroît d'action et de dégénérescence de la fibre du cœur, par suite de la combustion chimique, il se fait une dilatation du ventricule gauche, nous avons les phénomènes d'une insuffisance mitrale, traduite par un bruit de souffle, au premier temps, en jet de vapeur, d'une seule tenue, se propageant à l'aisselle et dans le dos. C'est ici que nous sommes exposés à rencontrer la rupture de la compensation après une lutte de quelques années.

A l'occasion d'un refroidissement, ou, d'une fatigue, nous aurons des phénomènes d'asystolie, se traduisant par hypérémie stasique des viscères de l'abdomen, en même temps que de l'œdème aux membres inférieurs.

Les premiers symptômes de rupture de la compensation se traduisent par une tuméfaction douloureuse du foie. C'est le temps de dire que le cœur devient insuffisant.

Avec votre bienveillante autorisation, je donnerai brièvement une description de la compensation dans cette dilatation avec insuffisance mitrale. A chaque systole ventriculaire le sang, au lieu de passer entièrement dans l'aorte, est pour ainsi dire séparé en deux courants dont l'un est lancé dans l'aorte, l'autre du fait de l'insuffisance mitrale, qui ne ferme pas complètement l'orifice auricule ventriculaire gauche, remonte dans l'oreillette gauche. Celle-ci ne tarde pas à se distendre. J'ai ma pièce à l'Université dans laquelle l'oreillette est assez distendue pour loger le poing.

Cette distension ne tarde pas à atteindre les veines pulmonaires, puis de proche en proche il se fera une stase dans la petite circulation. Ne trouvons-nous pas ici l'interprétation de la congestion pulmonaire, avec un pouls petit? Pour vaincre l'obstacle qui est ainsi apporté à ses fonctions, le ventricule droit, chargé de régler cette petite circulation pulmonaire, aug-

mentera son action musculaire et s'hypertrophiera, en même temps qu'il se dilatera, entraînant ainsi une insuffisance tricuspidienne, avec souffle au premier temps, à l'appendice xiphoïde, et pouls jugulaire vrai, par suite du refoulement du sang qui remonte, à chaque systole, du ventricule dans l'oreillette droite, de là dans la veine cave supérieure, sous-clavières, jugulaires.

C'est ici que le système veineux se distendra à son tour, amenant l'hypérémie, et la sensibilité du foie parce qu'il est l'organe le plus proche du cœur. La quantité des urines est d'abord augmentée; la pâleur est remplacée par une teinte sombre, la densité plus élevée, les fonctions digestives sont pénibles: en un mot l'artério-scléreux fait de l'insuffisance de toutes parts. Le pouls d'abord large, quelquefois même bondissant devient petit et faible. La marche est pénible, l'ascension d'un escalier à peu près une torture; le malade est obligé de s'arrêter en marchant, il éprouve de l'oppression, de l'angoisse avec des crises douloureuses à la région précordiale, une véritable ébauche d'angine de poitrine.

Modifications rénales.

Les modifications rénales ont pour effet la polyurie, la diminution, la décoloration des urines et l'albumine. Ce dernier phénomène, intimement lié à l'altération de l'artère rénale et de ses branches, est d'abord intermittent, et, plus tard continué. L'automne dernier, dans mon service, nous avons observé un patient chez lequel la présence de l'albumine ne s'est dépistée qu'après quinze jours d'analyse, dans mon service et au laboratoire.

C'est ici que le praticien doit connaître cette forme de néphrite à cause de ses efforts, surtout l'urémie. Celle-ci, peut prendre la forme pulmonaire, se traduisant par des râles fins avec absence d'expectoration, et des accès de dyspnée nocturne, ou bien, il yaura une dyspnée intense, avec tirage diaphragmatique dans l'urémie, parce qu'en général, le tirage costal est la note d'une maladie organique avancée du poumon ou du cœur. C'est dans cette forme d'urémie, que l'on rencontre la respiration Cheyne-Stokes. On dirait vraiment que le malade

cesse ou oublie de respirer, *apnée* dirai-je, pour reprendre sa respiration, par inspirations courtes superficielles, augmentant en incursions, pour devenir profondes, bruyantes, puis, décroître de nouveau, jusqu'à une autre pause d'apnée. Pendant cette dyspnée urémique, les lèvres sont cyanosées violettes; ce qui prouve que cette suffocation est due au défaut d'élimination par le rein, c'est que j'ai vu souvent un ou deux purgatifs y mettre fin. Ce qui prouve bien en somme que la présence d'albumine, qui nous met sur la trace d'une lésion rénale, n'est pas dangereuse, mais elle nous enseigne que le rein n'est plus en état d'éliminer suffisamment les déchets excrémentitiels.

Cette intoxication urémique est très intense, quelquefois, sur le cerveau. Le malade accuse d'abord du vertige, surtout le matin, ou lorsqu'il regarde en haut, disons du côté de son front; il a des bourdonnements d'oreilles, des mouches volantes. Le soir, avant de s'endormir franchement, il fait un saut (choc électrique de Dieulafoy) il lui semble descendre dans un élévateur. Autres signes: crampes dans les jambes, doigts engourdis, souvent le petit, (doigt mort de Dieulafoy), frissons entre cuir et chair, cryesthésie; sensations de picotement, de fourmillement. La céphalée de l'artério-sclérose due à la néphrite artérielle ne se traduit pas par du broiement comme la céphalée spécifique. Les malades présentent aussi de l'amaurose aiguë dans les crises urémiques. La vue est d'abord obscurcie, le malade voit d'abord les objets comme à travers un voile, puis cesse de les distinguer.

Un autre phénomène de la néphrite des artério-scléreux est le délire urémique dû à l'insuffisance urinaire. (Dans ma clinique le taux des urines est pris d'une manière systématique autant que le pouls, ainsi que la température, les pesées, la force sphygmomanométrique). Ce délire est plutôt doux, tranquille, et de peu de durée, que bruyant, et durable.

Le malade urine dans son lit, ou bien se lève, prend le lit d'un autre, urine au pied de son lit. Ailleurs nous trouvons de l'excitation, le malade veut sortir, prend tout le monde en grippe, il va jusqu'à injurier ceux qui le soignent. C'est dans ces circonstances que l'on est porté à interner un pauvre arté-

rio-scléreux, lorsque les drastiques et les purgatifs mettraient tout en ordre.

A part ces symptômes, les artério-scléreux brightiques ont des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Ils croient qu'on veut les empoisonner, et, refusent les aliments. Quelquefois le coma se montre d'emblée ou succède aux convulsions, présage fréquent d'une mort à courte échéance. Le tube digestif n'est pas à l'abri de l'intoxication urémique par néphrite artérielle. Le malade fait de la stomatite urémique, remarquable par l'amas de plaques ou lames muqueuses, épaissies, collantes, qui s'étendent des gencives au pharynx buccal, amenant quelquefois une gêne mécanique à l'entrée du pharynx.

Dans ces circonstances je suis dans la nécessité de faire nettoyer souvent la bouche des patients. Il faut se servir de compresses pour détacher ces mucosités plastiques; lorsqu'on les détache la muqueuse sous-jacente apparaît rouge, sèche, non ulcérée. La salive est visqueuse, non abondante. La langue est rouge sur les bords, couverte au centre d'enduits saburraux gris ou jaunâtres. Si l'urémie s'accompagne de suppuration des voies urinaires, elle devient rouge, lisse, brillante, sèche, ou même noirâtre. J'ai vu des cas semblables chez des artério-scléreux, à Necker, dans le service de Guyon, à Paris.

Dans la gastrique urémique les vomissements sont précédés d'inappétence, le dégoût pour certains aliments, en particulier la viande. Les vomissements sont peu abondants quelquefois, exigeant peu d'efforts. Mais ils ont un trait saillant, ils sont verdâtres.

Dans mon service lorsqu'on me présente un bassin avec des matières vomies verdâtres, je suis toujours sûr qu'on découvrira des flots d'albumine. Les vomissements se renouvelleront à plusieurs reprises dans le courant d'une même journée, et, pendant plusieurs jours successifs. Ils cessent parfois subitement, parfois après une diarrhée spontanée, ou l'administration d'un vomitif, probablement parce que le sang est débarrassé des matières excrémentitielles pour lesquelles l'estomac aurait joué le rôle de soupape de sûreté. Lancereaux attribue ces vomissements à l'action des matières excrémentitielles non éliminées

par le rein, sur le bulbe. J'ai remarqué qu'ils sont fréquemment accompagnés de hoquet. Laissez-moi vous dire que quand, dans une maladie infectieuse, (fièvre typhoïde, pneumonie à pneumocoque, ou à streptoscoque, etc.), mon malade est pris de hoquet, je suis préoccupé.

Presqu'inévitablement, nous trouvons de l'albumine dans les urines.

L'épithélium du rein est plus ou moins touché. Ce symptôme dont le point de départ est dans l'estomac ou dans les centres nerveux, se rencontre aussi dans la dyspnée urémique. Mon expérience m'a prouvé qu'il constitue un accident sérieux. Défions-nous-en, car, par malheur il est l'indice d'une terminaison prochainement fatale. Le baillement si commun ne pourrait-il pas être rapproché du hoquet?

Un autre fait que l'on remarque chez ces sujets est la diarrhée abondante, mais qui ne fatigue pas le malade. Elle n'est précédée ni de douleurs, ni de coliques, et favorise souvent le sommeil. Au contraire, elle soulage les céphalalgies existantes, et, doit être regardée comme un bienfait.

Voilà pourquoi je la respecte; elle a pour caractère d'être vertérique comme les vomissements. Si son abondance est trop grande on peut agir énergiquement sur la peau par une piqûre de pilocarpine, restorer l'action des reins, mais éviter l'action des opiacés.

Cerveau.

Cette figure, prise dans le service de Lancereaux, avec qui j'ai fait à peu près 500 autopsies, nous aidera à interpréter les troubles des fonctions cérébrales, chez les artério-scléreux. Vous remarquerez que le lobe de l'hémisphère gauche est plus court que le droit. Cet hémisphère était diminué du tiers de son volume à peu près, par suite surtout de l'affaissement des circonvolutions antérieures. A l'autopsie la moitié postérieure des deuxième et troisième circonvolutions était affaissée, voilée, jaunâtre. L'artère sylvienne gauche était intacte dans sa première portion, mais une division de deux branches se montrait sous la forme d'un *cordon mince et solide*. Cette division se dirigeait aux circonvolutions antérieures. Cette portion était imperméable à l'eau et à l'air.

SYMPTOMES.

Les troubles fonctionnels produits par l'artério-sclérose dans le cerveau consistent tout d'abord en de simples vertiges qui se manifestent le matin ou dans le cours de la journée quand le malade regarde en haut, ou en des attaques apoplectiformes, de courte durée, et sans hémiplégie. Le rétrécissement graduel des artères amène de l'ischémie ou gène de la circulation.

Les facultés intellectuelles sont plus ou moins atteintes. Un des symptômes les plus remarquables c'est la diminution de la mémoire. J'ai sous observation un malade très intelligent, peu âgé cependant, qui se perd souvent lorsqu'il sort en ville, même à quelques pas de sa demeure. Il ne peut se promener seul. On observe une sorte de délire. La mémoire du malade fait défaut pour les choses récentes. Il oublie ce qu'il vient de dire, ou d'entendre; il demandera vingt fois la même chose, dans un court espace de temps. Il répètera longuement de vieilles histoires qu'il se rappelle dans tous leurs détails. Il prend une personne pour une autre. La parole est lente, embarrassée; le malade devient graduellement aphasique, son caractère change, il devient impatient, irritable. On le voit quelquefois ricaner, pleurer. (" Défiez-vous du vieillard qui pleure " disait notre professeur de physiologie, feu le docteur Peltier.) La motilité est souvent troublée; tantôt les mouvements sont simplement faibles, ralentis, maladroits; tantôt il existe un tremblement sénile de l'artério-sclérose. Mais ici ce n'est pas le tremblement de la sclérose en plaques, qui augmente dans les mouvements intentionnels, dans l'action de boire, ou de prendre un objet quelconque, par exemple.

On rencontre des paralysies limitées ou étendues suivant le siège et la grandeur des lacunes, dues au défaut de nutrition du cerveau, par oblitération artérielle.

Ces malades font de l'emphysème. Ils ont souvent une bronchite persistante qu'il est bon d'interpréter, témoin notre compatriote qui a consulté Dieulafoy à Paris. Ils font des épistaxis, prélude des manifestations de néphrite artérielle. Les paralysies sont les symptômes importants de l'endartérite cérébrale. La modalité dépend nécessairement du siège et de l'é-

tendue du terrain irrigué par l'artère intéressé: hémiplégie complète ou incomplète.

Un caractère curieux et important est la variabilité de la paralysie. Ce terme indique que la paralysie varie dans son intensité d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre; le bras, par exemple, était paralysé le matin, le soir il est libre; il se paralysera à nouveau quelques heures ou quelques jours après. On trouve l'interprétation dans l'obstruction et la compression graduelle de l'artère intéressée, dont la perméabilité ne sera pas encore tout à fait disparue. Lorsque ces malades ne sont pas emportés brusquement, ils ont grande chance de devenir des gâteux, et la scène se termine par une maladie aiguë ou chronique, telle que la tuberculose...

On comprend aisément que, par suite du défault de nutrition, conséquence de l'andartérite généralisée, les maladies aiguës, fussent-elles légères, ont toujours un caractère sérieux. Combien de fois à ses cliniques, Potain nous disait, remarquez, messieurs, que le malade est un artério-scléreux. Le pronostic est incertain ici. En effet, la pneumonie, la grippe, l'érysipèle, toutes les affections à température élevée sont presque toujours mortelles, pas tant à cause de l'âge des individus, qu'en raison du désordre nutritif des organes ou viscères qui mettent l'organisme dans un état de faiblesse, qui l'empêche de se défendre d'une manière suffisante.

Diagnostic.

Il repose sur l'examen des artères et du cœur. La résistance des artères et leur dureté sous le doigt sont d'une valeur séméiologique importante, surtout si, en même temps, on trouve de l'hypertrophie du cœur. Avec cela nous avons les troubles trophiques: calvitie en fer à cheval, veinules des ailes du nez, pigmentation des jambes, ongles en strates, en escaliers, varices hémorroïdes, pointes de hernie, arthrite sèche, etc. Enfin l'hypérémie statique des viscères de l'abdomen venant s'ajouter à ces phénomènes, aident dans quelques circonstances à confirmer le diagnostic.

PRONOSTIC.

Ce qui rend le pronostic de cette affection grave c'est sa marche essentiellement progressive. Elle a peu de tendance à la résolution. Le rétrécissement ou la dilatation du système artériel lui font perdre ses principales propriétés: élasticité et contractilité. Cependant, ces désordres ne sont pas absolument incompatibles avec l'existence; mais ce qui la met en danger c'est l'altération consécutive des viscères importants; le cœur, les reins, le cerveau, par suite de leur altération consécutive. On ne doit pas désespérer des premières manifestations de l'artério-sclérose, mais l'amélioration amenée par un traitement judicieux, n'aura qu'une durée passagère, et tôt ou tard, on voit les accidents reparaître pour emporter le malade.

ETIOLOGIE.

J'ai entendu très souvent mentionner l'abus des boissons alcooliques comme une des causes de l'artério-sclérose. Lancereaux nie formellement ce fait: " car, dit-il, sur des centaines d'autopsies d'alcooliques, il ne m'est pas arrivé un seule fois de rencontrer cette affection, si ce n'est chez des rhumatisants chroniques " et si vous vous rappelez, je vous ai parlé des craquements dûs aux osthéophites que l'on rencontre chez nos artério-scléreux de l'Hôpital Notre-Dame. J'ai remarqué que chez les alcooliques, lorsqu'on examine leurs cadavres, on reconnaîtra que les vaisseaux artériels sont intacts. On peut mettre cette affection sur le compte d'un trouble sous la dépendance du système nerveux, dont les premières manifestations se traduisent, dans le jeune âge, par des éruptions cutanées: eczéma, lichen, herpès, plus tard à l'âge de la puberté, des épistaxis, des migraines, des hémorragies cutanées, telles que le purpura, des troubles vaso-moteurs, hématuries, hémorroïdes, sans oublier la blépharite ciliaire. Chez ces sujets les cheveux grisonnent vite, et la calvitie est prématurée. Ici l'artério-sclérose généralisée, peut être considérée comme le dernier anneau d'une chaîne non interrompue d'accidents mis sur le même compte, modifications du système nerveux central.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Elles sont variées en raison de la complexité du processus morbide. Lorsque je suis consulté par un patient chez lequel je trouve les gros symptômes de l'herpétisme, saignement de nez, migraines, poussées d'éruptions cutanées, je le dirige toujours *quoad futurum*. Je vois chez lui un candidat à l'artériosclérose. La quinine est un médicament merveilleux contre les manifestations de l'herpétisme, mais il ne faut pas craindre de la prescrire. J'ai vu porter cet alcoloïde jusqu'à 30 grains (2 grammes) en une dose, au moment des accès, avec des résultats merveilleux. Mais de tous les moyens, un des plus efficaces, c'est l'hydrothérapie, sous forme de douches tièdes, écossaises, et plus tard, froides.

Mais la grande indication, est de s'opposer à la formation d'éléments embryonnaires qui amènent l'hyperplasie des artères, et, ce but est atteint, par l'iodure de potassium à la dose de 1 à 3 grammes dans les 24 heures donnée pendant trois semaines, suivie d'un purgatif, repos de huit jours, et reprise du médicament, tout en continuant l'hydrothérapie. C'est le moyen le plus sûr de prévenir la formation de tissus embryonnaires nouveaux qui viennent s'ajouter à ceux qui sont déjà en place, et diminuent d'autant la lumière des vaisseaux intéressés. Si à l'hydrothérapie on ajoute les frictions, nous trouverons là un moyen de stimuler les fonctions de la peau. C'est ici que les bains turcs sont d'un immense avantage. Nous n'oublierons pas que ces sujets font de l'anémie cérébrale en proportion du rétrécissement de leurs artères. L'insomnie, qui en est la conséquence, sera combattue par les préparations opiacées.

L'insuffisance cardiaque sera combattue par la digitale et les diurétiques.

L'insuffisance rénale se réclame des drastiques et des diurétiques énergiques : que de fois ai-je vu dans mon service, des patients, qui, la veille présentaient de la dyspnée, des jambes gonflées d'une manière énorme, avec une ascite distendant le ventre outre mesure, se trouver merveilleusement soulagés sous l'effet de la caféine à la dose de 30 grains (2 grammes).

Ces malades qui n'urinaient que quelques cuillérées à soupe dans les 24 heures, passent dans la nuit, jusqu'à cinq pintes d'eau. Ceci, il me semble, vaut bien mieux qu'une paracentèse de l'abdomen. En général, avant de procéder de cette façon énergique, je m'assure de la perméabilité des reins, par le bleu de méthylène.

A mon arrivée de Paris, j'ai traité un de nos concitoyens les plus en vue de Montréal, un artério-scléreux qui depuis deux ans était sous traitement pour une bronchite chronique. Ayant vu journellement ces manifestations locales d'un état général chez Potain, Jaccoud, Dieulafoy, Landouzy et Lancereaux, mon jugement sur le cas fut bientôt formé. Ce malade, qui était dans un état désespéré, et, que j'ai vu en consultation, avec deux confrères éminents, les docteurs Rottot et Stewart, est aujourd'hui bien portant.

Pendant les épisodes de cette affection, le malade devra être astreint exclusivement à la diète lactée. Dans les premiers temps, on a toujors de la difficulté à la faire accepter, mais avec de la patience on y arrive. Le lait peut être additionné d'eau de Vichy, ou de café, de brandy, de kirsch. Par chopine, lentement, le malade peut en absorber quatre pintes en 24 heures.

L'ALIMENTATION CHEZ LE NOURRISSON (1)

Par le Dr L.-P. DE GRANDPRÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Il va sans dire que je n'ai ni l'intention ni la prétention, dans l'espace de quelques minutes, de traiter dans tous ses détails le sujet indiqué par le titre que j'ai choisi. Je ne veux vous présenter que quelques considérations générales.

L'alimentation est la partie la plus importante de la pédiatrie. Il ne s'agit pas seulement de sauver la vie de l'enfant durant la première année qui est, pour le petit être, la période la plus critique de son existence, il faut aussi, par une bonne hygiène et une alimentation appropriée, préparer le développement normal de ses organes, prévenant ainsi des conséquences désastreuses dont pourrait se ressentir son organisme durant le reste de l'enfance et quelquefois durant toute la vie.

Personne n'ignore que c'est aux troubles de la nutrition que nous devons attribuer la plupart des décès chez les enfants au-dessous d'un an. L'alimentation défectueuse ne produit pas toujours *immédiatement* l'indigestion aiguë et la diarrhée, mais elle prépare toujours l'indigestion chronique, les désordres qui en résultent, malnutrition, rachitisme, scorbut, etc., etc., etc.

Une diète non appropriée réussit parfois pour quelque temps. C'est là le danger. Si les effets d'une mauvaise alimentation se faisaient sentir immédiatement, nous serions avertis et nous agirions en conséquence. Tel n'est pas malheureusement toujours le cas. Les enfants nourris au lait condensé au nestle's food, au malted milk, au nestle's ou au Conrick food, paraissent, pour un temps, bien se porter, engraissent même, par suite de la quantité excessive d'hydrocarbone contenue dans toutes ces préparations. Ce n'est qu'un trompe-l'œil. Ces enfants n'ont pas les matières grasses et les matières protéides indispensables à l'entretien et au développement des tissus.

Pour les enfants comme pour les adultes, toute alimentation doit contenir cinq éléments : 1° les matières protéides ; 2° les

(1) Travail lu devant la Société Médicale de Montréal, le 9 avril 1901.

matières grasses; 3° les hydrocarbones dont le principal est le sucre; 4° les sels minéraux; 5° l'eau.

La qualité et la quantité de ces diverses substances varient pour l'enfant et pour l'adulte. La raison de cette différence repose dans le fait que les organes de la digestion sont plus délicats chez l'enfant et que d'un autre côté, on doit lui fournir les éléments nécessaires à son développement, et ce développement est très considérable, attendu que l'enfant durant sa première année, doit presque tripler son poids.

Matières protéides.

Les matières protéides sont essentielles à la vie, puisqu'elles constituent la seule espèce de nourriture capable de remplacer les pertes azotées des cellules de l'organisme. Sans l'aide des matières grasses et des hydrocarbones, les matières protéides peuvent entretenir la vie et prévenir même, pour un temps, une diminution de poids; mais pour ceci, il faut augmenter considérablement la dose des matières azotées, attendu qu'il faut 22 parties de matières grasses. Il va sans dire qu'une semblable diète serait de nature à troubler les fonctions de l'estomac et des reins.

Les matières protéides sont fournies surtout par la caséine du lait, par le blanc d'œuf, par la viande et par le gluten du blé.

Les matières azotées les plus digestibles sont celles fournies par le lait de femme. La grande difficulté, dans l'alimentation artificielle, est de trouver d'autres substances albuminoïdes qui puissent les remplacer. C'est la différence dans la digestibilité de ces substances azotées qui produit si souvent des troubles digestif quand on a remplacé le lait de la femme par le lait de vache.

La quantité moyenne de matières azotées fournies par le lait de femme est de 1.50 p. c. Durant les premiers mois de la vie, l'enfant, nourri au lait de vache, ne doit pas prendre plus que cette proportion de matières protéides. Il est même prudent de réduire cette proportion à 1 ou ¾ de 1 p. c., à cause de la différence dans la digestibilité de la caséine du lait de vache.

Il va de soi qu'un enfant ne peut pas être tenu très longtemps à une diète si pauvre en matières albuminoïdes, c'est-à-dire, ¾ de 1 p. c. Mais il n'en souffrira pas, pendant quelques semaines, surtout si on a soin d'augmenter la proportion des autres substances, et en particulier, des matières grasses.

Les symptômes résultant d'une alimentation azotée insuffisante sont l'anémie, faiblesse du pouls, perte de force, relâchement des tissus, enfin défaut de nutrition. Il s'en suit que l'enfant finira par digérer difficilement les autres substances qui composent l'alimentation. Avant d'en finir avec les substances azotées, je tiens à faire remarquer que les matières albuminoïdes d'origine végétale ne peuvent indéfiniment remplacer les matières albuminoïdes d'origine animale.

Et pourtant les nourritures artificielles ne contiennent, pour la plupart, que l'albumine végétale.

Maintenant, quant à la quantité quotidienne de lait à donner à l'enfant. Si on se base sur le fait qu'il faut à un adulte, pour se sustenter, 100 à 120 grammes d'albumine par jour, et si on place à 150 livres le poids moyen de l'adulte, on arrive à la conclusion qu'il faut à un enfant de dix livres, sept à huit grammes par jour. On sait que le lait de vache contient, en moyenne, 4% de caséine ou 4 grammes par 100 grammes de lait. Donc, 180 à 200 grammes de lait — à peu près 6 onces, — contiennent la quantité d'albumine suffisante pour la nourriture d'une journée. Mais j'ai dit tout-à-l'heure que le lait de femme, ne contient en moyenne, durant les deux premiers mois, que 1 à 1.50 p. c., de caséine. Il faudra donc diluer le lait de vache de trois fois son volume d'eau. Ces 6 onces de lait de vache ainsi diluées feront donc 24 onces pour les 24 heures. Ce qui représente 2 onces toutes les 2 heures. Il faudra, bien entendu, ajouter à ce lait dilué, la quantité de sucre, de crême et de chlorure de sodium suffisant pour représenter le lait maternel.

Ceci est exact pour la majorité, malheureusement il est des cas particuliers où il faut varier — c'est ce qui a fait dire à un pédiatre de renom qu'on ne réussit pas toujours à nourrir les enfants avec des chiffres et des proportions.

MATIÈRES GRASSES.

Passons maintenant aux matières grasses.

Les matières grasses ont pour propriété de ralentir les déperditions azotées, d'entretenir la chaleur animale, de nourrir les cellules nerveuses et le tissu osseux.

Il faut à l'enfant plus de matières grasses que son organisme n'en peut consumer, attendu qu'il en renvoie beaucoup avec ses sels. Elles agissent ainsi comme laxatifs naturels. On sait, en effet, que la constipation résulte très souvent du fait de la réduction des matières grasses dans le lait. Il faut donc à l'enfance proportionnellement plus de matières grasses qu'à l'âge adulte. L'erreur la plus fréquente, dans l'alimentation artificielle, est de ne pas donner assez de matières grasses.

Les nourritures brevetées ne contiennent presque pas de matières grasses. Par contre, elles renferment un excès d'hydrocarbones, c'est ce qui fait que, sous ce régime, les enfants engraissent souvent, mais ils sont anémiques et exposés à devenir rachitiques.

Le lait de femme, de bonne qualité, contient, suivant l'époque de l'allaitement, 3 à 5 p. c., de matières grasses. C'est la quantité qu'il faut à l'enfant. C'est la proportion qu'on doit observer en diluant le lait de vache. En moyenne 3 p. c., durant les premiers mois et 4 à 5 p. c., durant le reste de l'année. On doit continuer, durant toute l'enfance, à prescrire libéralement les matières grasses, sous forme de crême ou d'huile de foie de morue, au besoin. On voit donc que les matières albuminoïdes et les matières grasses sont les plus nécessaires dans l'alimentation. Restent les hydrocarbones, les sels minéraux et l'eau.

Les hydrocarbones, comme les matières grasses réduisent les pertes azotées que subit l'économie. Dans l'économie, ils sont, pour une part, convertis en graisse, et augmentent ainsi le poids du corps. Ils sont, avec les matières grasses, le grand facteur de la chaleur animale.

Le sucre de lait est la forme ordinaire sous laquelle les hydrocarbones sont fournis à l'enfant. Cependant le sucre ordinaire peut remplacer le sucre de lait sans que la digestion en souffre.

Les matières amylacées peuvent difficilement remplacer le sucre comme hydrocarbone, à cause du faible pouvoir de diastase que possèdent les sucs digestifs durant les premiers six ou sept mois de la vie.

Ces préparations sont responsables de la plupart des cas de rachitisme. D'autant plus qu'ils n'ont pas la proportion de sels minéraux voulue pour pourvoir au développement du tissu osseux.

Les plus importants de ces sels minéraux sont les *phosphates* de chaux et de magnésie qui sont contenus en abondance dans les laits de femme et de vache.

Quant à l'eau, il ne faut pas oublier que l'enfant a besoin d'une nourriture qui en contienne à peu près 90 p. c. Cette grande proportion d'eau est nécessaire pour dissoudre et tenir en solution les parties solides des substances alimentaires et par là les rendre plus digestibles et plus assimilables. C'est encore, sous ce rapport, le lait qui répond le mieux à cette indication.

En proportion de son poids, l'enfant, durant sa première année, a besoin de SIX fois plus d'eau que l'adulte.

Tant que l'enfant est à la diète liquide, il n'y a pas lieu de lui donner d'autre eau ; mais quand, à mesure qu'il vieillit, on espace les repas et qu'on lui permet de la nourriture solide, on doit ordonner l'eau entre les repos, surtout durant la saison d'été.

Si vous voulez bien me le permettre, nous allons maintenant faire brièvement une étude comparative du lait de femme et du lait de vache.

LAIT DE FEMME.

Le lait de femme, personne ne l'ignore, est la nourriture idéale pour l'enfant. Il faut donc bien connaître sa nature et sa composition, parce que cette connaissance doit nous servir de guide dans la préparation des nourritures artificielles qu'il nous faudra employer quand l'allaitement, pour une raison ou pour une autre, est devenu imposible.

Le lait est une sécrétion des glandes mammaires et non pas une simple transudation des vaisseaux sanguins.

Durant les deux ou trois jours qui suivent l'accouchement, cette sécrétion est très peu abondante. On lui donne le nom de *colostrum*. Ce colostrum à une couleur jaunâtre. Il n'est pas aussi riche en sucre que le lait qui apparaitra plus tard, mais par contre, il contient plus de matières azotées et plus de sels, à savoir:

Colostrum.	Lait en moyenne.
5½ p. c. matières azotées	1.50½
3¾ p. c. sucre	7.00
2.00 p. c. matières grasses	4.00
0.28 p. c. sels	0.20

Le lait de femme est alcalin, quelquefois neutre, à l'état normal mais, il ne doit jamais être acide. Si on y ajoute de l'acide acétique, on ne voit se former qu'une légère coagulation, en forme de minces flocons, et non pas une coagulation en masse comme c'est le cas pour le lait de vache. Ceci est dû au fait que le lait de femme contient, en sus de la caséine, une autre matière azotée qu'on appelle: la lactalbumine qui ressemble à la sérine ou albumine du sang.

La quantité de lait secrètée par jour varie beaucoup, comme on le sait. Chez certaines femmes, la secrétion se tarit au bout de quelques semaines, chez d'autres cette secrétion se continue longtemps encore après la première année. Vers le sixième et le septième mois, la quantité moyenne secretée dans une journée est de 1000 à 1100 grammes — au delà d'un litre. On peut constater le fait en pesant l'enfant avant et après chaque tétée, en ayant soin, bien entendu, de se servir de balances très sensibles, jusqu'à la 8ième semaine, la quantité de lait secretée augmente rapidement, après la 8ième semaine, cette augmentation est plus lente. La proportion des matières azotées du lait ne varie, pour ainsi dire, que dans le cours du premier mois, après ce temps, il y a peu de changement dans la proportion des matières protéides, si ce n'est à la fin de l'allaitement où cette proportion diminue d'une manière considérable.

L'examen du lait de femme se fait comme celui du lait de vache.

La proportion de matières grasses se reconnait au moyen des appareils centrifuges, dont l'un des meilleurs est celui de *Babcock*.

La proportion de sucre est à peu près constante — en sorte que cliniquement il n'y a pas lieu d'en faire le dosage.

Quant à la proportion des matières azotées qui ne varie pas beaucoup, elle non plus, on la trouve approximativement en prenant la gravité spécifique du lait. La gravité spécifique de lait est, en moyenne, de 1.030 — à la température de 60° Far.

S'il y a, dans le lait, beaucoup de matières azotées, la gravité spécifique augmente. S'il y a, au contraire, une grande proportion de matières grasses, la gravité spécifique diminue.

Pour l'examen du lait de femme, comme pour l'examen du lait de vache, il faut prendre tout le lait d'un sein ou tout le lait d'une traite, à cause de la différence de composition du premier et du dernier lait. Le premier est plus riche en matières azotées et plus pauvre en matières grasses et vice versâ.

Il y a des conditions qui peuvent changer ou affecter la composition du lait.

1° L'âge. — Le lait des femmes de 20 à 35 ans est ordinairement plus riche en matières grasses que celui fourni par les toutes jeunes femmes ou par les femmes qui touchent à la quarantaine.

2° Le nombre de grossesses antérieures n'y fait pas grand chose.

3° Au cours des maladies aiguës graves, le lait, comme les autres sécrétions, est diminué. La proportion des matières grasses diminue et la quantité des matières azotées augmente. Dans les matières infectieuses, les germes peuvent se retrouver dans le lait. Dans les conditions normales, le lait est virtuellement stérile. Le microscope nous révèlera aussi, dans les maladies de la glande mammaire, la présence de globules de pus ou de sang. Inutile d'ajouter que, dans ces cas, il faudra suspendre l'allaitement.

4° Quant à *la menstruation*, les auteurs que j'ai consultés ne s'accordent pas bien sur l'influence et les effets qu'elle peut avoir sur la secrétion lactée. On peut dire, en tous cas, que quand la menstruation est régulière, quand la femme n'en est pas affectée, il y a peu ou point de changement dans la nature du lait.

5° La diète de la femme influe beaucoup sur la composition de son lait. Une diète fortement azotée augmente les proportions des matières protéides et des matières grasses. Une diète végétale les diminue au contraire. Les liquides augmentent la quantité de lait, surtout l'extrait de malt qui, en outre de la quantité, en augmente la qualité.

Les alcools de mauvaise qualité, pris en grande quantité, peuvent passer dans le lait et produire de graves symptômes chez le nourrisson. *C'est pourquoi il vaut mieux défendre aux nounrices de faire usage d'alcool.* On doit se contenter d'une diète généreuse, adoptée à l'estomac.

6° Les médicaments peuvent s'éliminer par le lait.. Ils y passent plus facilement quand le lait est de qualité inférieure. LaBelladone, l'arsénic, les salycilates et les cathartiques s'éliminent toujours par le lait. Le mercure, les iodures, l'opium, les bromures, le chloral — pas constamment, et en tous cas, en très petite quantité;

7° La grossesse doit faire cesser l'allaitement, parce que le lait des femmes enceintes est ordinairement pauvre en matières grasses et en matières azotées.

Les fortes émotions peuvent altérer considérablement la qualité du lait. Aussi la fatigue, l'épuisement, les chagrins, les passions tristes. L'enfant, allaité dans ces conditions, peut présenter les symptômes de l'indigestion, vomissements, selles contenant des matières non digérées, etc., — accompagnés parfois d'élévation de température et de convulsions.

Lait de vache.

En dehors du lait de femme le lait de vache est le seul qui puisse servir à l'alimentation des enfants.

Le médecin doit veiller à sa pureté.

Nous sommes en ce moment à organiser l'œuvre de la " goutte de lait ", qui aura pour objet la distribution du lait.

Nous allons voir à ce que le lait soit de première qualité. Le choix des vaches, la manière de les nourrir, leur inoculation à la tuberculine, l'entretien des étables, l'examen microscopique du lait, tout cela sera sous le contrôle d'une commission de quelques médecins.

L'œuvre n'est qu'en voie de fondation, espérons qu'elle réussira. Son but est tout à la fois humanitaire et patriotique, et ses bons effets ne tarderont pas à se faire sentir. Avant longtemps, les statistiques fournies par le Bureau d'hygiène accuseront une diminution considérable dans le chiffre de la mortalité infantile.

Les principales qualités et conditions du lait, sont :

1° Il doit être frais.

La plus grande partie du lait vendu dans les villes est vieux de 18 à 24 heures, et quelquefois plus ;

2° Il doit provenir de vaches saines. C'est pourquoi toutes les vaches laitières devraient être soumises au test ou à l'épreuve de la tuberculine ;

3° Il doit être de plusieurs vaches, au lieu d'une seule. Il y a là un préjugé à faire disparaître ; attendu que les mères sont sous l'impression que le lait d'une seule vache est préférable. Le lait mêlé est plus uniforme dans sa composition, — tandis que le lait d'une seule vache peu subir des changements et des variations, du jour au lendemain. Dans le lait mêlé, il y a, pour ainsi dire, un correctif ;

4° Il doit être propre. Que de réformes à opérer sous ce rapport ! Que de poussières, que de saletés, que de poils à faire disparaître !!!

5° Les vaches ne doivent pas être nourries avec le grain des brasseries, dont on se sert souvent dans le voisinage des grandes villes ;

6° Le lait ne doit pas être transporté de trop loin. Il doit être refroidi et embouteillé chez le laitier même et tenu à une température de 45° F., au moins, jusqu'à ce qu'il soit livré au consommateur.

De cette manière, on évite tout danger de contamination du lait durant le transport.

COMPOSITION DU LAIT DE VACHE.

MOYENNE.

Matières grasses	3.50
Sucre	4.30
Matières azotées	3.00
Sels	0.70

La grande différence entre le lait de femme et le lait de vache réside surtout dans la proportion des matières azotées. Non seulement les matières albuminoïdes sont plus considérables dans le lait de vache, mais elle sont aussi de nature différente.

Les matières protéides coagulables par les acides sont dans la proportion de 8 pour le lait de vache et de 1 seulement pour le lait de femme. Ceci est dû au fait, comme nous le disions tout à l'heure, que le lait de vache contient plus de caséine et le lait de femme plus de lactalbumine.

Le lait de vache forme, dans l'estomac, des caillots gros et durs qui se dissolvent lentement; les caillots formés par le lait de femme, au contraire, sont floconneux et se dissolvent rapidement.

Les sels minéraux sont trois fois plus abondants dans le lait de vache.

La réaction du lait de vache, à l'encontre du lait de femme, est ou neutre ou acide. Nous avons vu que le lait de femme est ou neutre ou alcalin. L'eau de chaux qu'on ajoute au lait de vache a pour effet de le rendre ou neutre ou alcalin.

La crême, n'est que du lait qui contient un excès de matières grasses, de 8 à 40 p. c.

La crême dont on se sert pour l'alimentation des enfants doit contenir de 12 à 16 p. c., de matières grasses.

Il y a deux moyens d'obtenir la crême, par l'écrémage et par le moyen de la machine centrifuge. La crême obtenue par la machine centrifuge est plus riche en matières grasses, 30 à 40 p. c. Celle obtenue par l'écrémage, en contient, en moyenne 16 p. c.

Dans la crême de 20 p. c., la diminution des matières azotées n'est que de 1 p. c., c'est-à-dire, que la crême de 20 p. c., contiendra encore 3 p. c. de matières azotées, le sucre et les sels minéraux se retrouvent pour ainsi dire, dans les mêmes proportions.

En plaçant une pinte ou un litre de lait sur la glace, on obtient, au bout de quatre à cinq heures, environ, 10 onces de crêmes à 8 p. c.

En le laissant 6 heures, on obtient à peu près 6 onces de

crême, à 12 p. c. Cette crême est enlevée par l'écrémage ou par le moyen d'un récipient plutôt en verre, et muni d'un robinet à sa partie inférieure par lequel s'écoule le lait jusqu'à ce qu'il n'y reste plus que la quantité que je viens de mentionner.

Stérilisation du lait

Par stérilisation, on entend l'action de chauffer le lait afin de détruire les germes qui peuvent s'y trouver.

Il faut bien se rappeler toutefois, qu'aucune des méthodes de stérilisation généralement en usage n'a pour effet de rendre le lait complètement stérile.

Pour obtenir ce résultat, il faudrait, comme pour les milieux de culture, soumettre le lait plusieurs fois à la chaleur et cela durant trois jours consécutifs.

Ce qu'on entend d'habitude par stérilisation et ce qu'on obtient par les moyens employés ordinairement, c'est la destruction des germes pathogènes qui peuvent se trouver dans le lait. Quand même toutes les bactéries ne seraient pas détruites, elles le sont suffisamment pour retarder de plusieurs jours la fermentation du lait.

Les germes que l'on rencontre le plus souvent sont : les bactéries saprophytes qui produisent la fermentation du lait, cause la plus fréquente des troubles digestifs.

On peut aussi y rencontrer les germes du choléra, de la fièvre typhoïde, de la fièvre scarlatine et de la tuberculose. Si on soumet le lait à la température d'ébullition pendant une heure ou une heure et demie, la destruction des germes est à peu près complète, preuve, c'est que ce lait, à la température ordinaire, se conservera pendant une semaine et plus. Malheureusement ce lait, soumis à une aussi longue ébullition est plus indigeste par suite des changements qui s'opèrent dans les matières grasses. On ne doit donc conseiller l'ébullition prolongée que dans les grandes chaleurs de l'été et chez les pauvres qui ne peuvent se procurer de la glace. On a alors à choisir entre deux maux, et il faut choisir le moindre.

Le lait est une émulsion naturelle et la chaleur change, détruit plus ou moins cette émulsion.

Les changements dans le lait commencent à se produire à la température de 80° F. Et ces changements sont d'autant plus marqués que cette température s'élève davantage ou se prolonge davantage.

Pour obvier aux inconvénients du lait bouilli, on a adopté la méthode de Pasteurisation. On soumet le lait pendant 20 minutes, à une température de 70° F. C'est suffisant pour détruire le bacille du choléra, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de la tuberculose et le coli-bacille, mais ce n'est pas assez pour détruire les spores.

Le lait pasteurisé ne se conserve à la température ordinaire de la chambre, que pendant 2 ou trois jours. Sur la glace, il peut se conserver plusieurs jours.

Il va sans dire que le lait pasteurisé doit être dilué, modifié selon les indications, tout comme le lait ordinaire.

Le lait pasteurisé n'a aucune valeur thérapeutique. Je veux dire que,dans la gastro-entérite, il faut le supprimer pour quelque temps, comme on suspend l'usage du lait ordinaire.

On a exagéré le danger de la transmission de la tuberculose par le lait. Cette transmission est possible, mais extrêmement rare. Je me rappelle avoir entendu le docteur Holt, de la Polyclinique de New York, déclarer que sur 119 autopsies d'enfants morts de tuberculose, il n'a pas trouvé un seul cas de lésions primaires du tube gastro-intestinal. La diphtérie, la scarlatine et surtout la fièvre typhoïde, se transmettent bien plus souvent par le lait que la tuberculose.

Messieurs, pour me résumer sur cette question de la stérilisation, je dirai que la pasteurisation, règle générale, vaut mieux que l'ébullition. Elle fait subir au lait moins de changement. Le lait doit être aussi frais que possible afin que la fermentation n'ait pas encore eu le temps de se produire avant la stérilisation. Si le lait est vieux de 24 ou 36 heures, surtout en été, la stérilisation n'aurait pas pour effet de rendre le lait inoffensif.

L'idéal serait que le lait fut stérilisé chez le laitier même. De cette manière, on préviendrait le travail de fermentation si rapide en été, activé encore qu'il est par le cahotement des longs transports.

Lait peptonisé.

Maintenant un mot du lait peptonisé.

Le lait peptonisé rend de grands services dans les cas d'indigestion. Il se prépare de la manière suivante : on prend une chopine de lait, et 4 onces d'eau qu'on mélange. On y ajoute une poudre contenant 5 grains d'extrait de pancréas et 15 grains de bicarbonate de soude. Le bicarbonate a pour effet de rendre le liquide alcalin, attendu que l'extrait de pancréas n'agit que dans les milieux alcalins.

Ce mélange est chauffé au bain-marie, à la température de 110° ou 115° F. On le laisse exposé à cette chaleur pendant deux heures, en ayant soin d'agiter le liquide de temps en temps. C'est ordinairement suffisant pour transformer les matières albuminoïdes en peptones. On ne doit pas donner ce lait peptonisé trop longtemps, pas plus de 5 ou 6 semaines, pour la raison que l'estomac finirait par devenir incapable de remplir ses fonctions.

Lait condensé.

Le lait condensé est préparé en portant le lait à la température de l'ébullition afin de stériliser, puis en le laissant évaporer jusqu'à un quart de son volume primitif. On y ajoute 6 onces de sucre par chopine. On le met dans des conserves en fer-blanc.

On le donne dilué, 1 p. 12, pour un enfant au-dessous d'un mois et 1 pour 6 ou pour 8 pour les enfants plus âgés.

Voici la comparaison du lait condensé dilué 1 pour 12 :

Matières grasses	0.53 p. c.
Matières azotées	0 65 p. c.
Sucre	4.00 p. c.

On voit donc que les matières grasses sont en trop petites quantité. Il faut y ajouter de la crême si on le donne, comme lait peptonisé, il ne doit pas servir longtemps à l'alimentation.

Il y a aussi le *Koumis* et le petit lait qui sont utilisés dans l'alimentation des enfants. On se sert chez les Orientaux, de lait de jument pour préparer le Koumis. Comme ferment, on em-

ploie le Kéfir. En Amérique, on se sert du lait de vache non écrêmé et comme ferment, de la levure de bière.

Lait	1 litre.
Sucre	15 grammes.
Eau	60 grammes.

Puis un morceau de levure de bière d'un demi-pouce carré à peu près. On met dans des bouteilles entourées de fil de fer. La température doit être tenue à 65° ou 70° F. On agite cinq ou six fois par jour et on laisse fermenter pendant une semaine. On conserve sur la glace.

Les avantages du Koumis sont dus à l'acide lactique et à la petite quantité d'alcool qu'il contient. Les changements qui s'opèrent dans la caséine la rendent plus digestible. Les enfants un peu âgés le supportent mieux que les tout jeunes. On doit le diluer de son poids d'eau. Dans les cas d'indigestion aiguë ou chronique le Koumis est souvent gardé par l'estomac quand toutes les autres nourritures sont rejetées. Souvent les enfants le prennent mieux quand le gaz s'en est échappé. Quand l'estomac est très iritable, on le donne de préférence froid et en très petites quantités: 1 cuillérée à soupe toutes les demi-heures. Il faut voir à ce qu'il ne soit pas préparé depuis trop longtemps.

Le petit lait se prépare ainsi:

Lait	1 chopine.
Eau de pepsine	2 cuillerées à thé.

On agite pendant quelque temps, puis on laisse reposer jusqu'à ce que le caillot se soit formé. On fait passer à travers d'une grosse mousseline. On peut ajouter une petite quantité de cognac à ce petit lait.

Il ne contient que	0.85 de matières azotées.
—	0.32 de matières grasses.
—	4.80 de sucre.

Le petit lait agit très bien dans les cas d'indigestion aiguë.

Le jus de bœuf est aussi employé. Ses propriétés nutritives sont en rapport de la quantité d'albumine qu'il contient et ses propriétés stimulantes dépendent de la proportion de matières extractives qu'on y retrouve.

Les extraits de bœuf en vente partout ne valent rien. Kemmerich a démontré que les animaux nourris exclusivement à ces extraits mouraient de faim aussi promptement que ceux qui ne buvaient que de l'eau.

On pourrait peut-être faire exception pour la bovinine et les beef peptonoïdes de la Arlington Company, qui contiennent un assez fort pourcentage de matières azotées utilisables pour la nutrition.

La pulpe de bœuf ou bœuf râpé, se digère très bien, même par les enfants de 10 mois et d'un an.

Messieurs, il resterait encore beaucoup à dire sur l'alimentation des enfants, — et de plus, je m'aperçois que je n'ai même pas encore touché à la seconde partie de mon travail, — la thérapeutique infantile. Ce sera pour une prochaine séance, si vous voulez bien me le permettre.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE INFANTILE

Nous entrons de plein pied dans les fortes chaleurs de l'été et cela s'annonce bien. Depuis deux jours le thermomètre se tient à peu près à 90° à l'ombre.

Pour tous ces petits enfants qui ne pourront encore cette année profiter de " l'*Œuvre de la goutte de lait* " (malheureusement cette entreprise si patriotique et si humanitaire ne pourra prendre, du premier coup à Montréal, tout le développement que nous lui souhaitons), il nous faudra nécessairement recourir aux moyens hygiéniques et thérapeutiques ordinaires afin de les sauver, en aussi grand nombre que possible, de la diarrhée infectieuse si commune en été et si généralement fatale.

Nous étudierons d'abord les moyens de prévenir la diarrhée chez les petits enfants et en second lieu nous ferons, d'une manière essentiellement pratique, le traitement de cette affection.

Nous classerons les enfants en deux catégories et ceci au point de vue de la prophylaxie aussi bien que du traitement : les enfants élevés au sein et ceux nourris par des procédés que nous sommes convenus d'appeler artificiels : biberons, lait de vache, etc.

Un enfant nourri au sein est bien moins exposé à la diarrhée, encore faut-il que la mère ou la nourrice allaite d'une manière intelligente et en se soumettant aux règles immuables d'une parfaite hygiène.

Un premier point prophylactique d'une excessive importance est la régularité dans les repas. La nourrice ne peut s'absenter de son nourrisson pour plusieurs heures consécutives et surtout ne doit jamais manquer de donner le sein au bébé, à l'heure fixée, autrement l'enfant dérangé, éprouve une faim trop grande, boit trop et trop vite et fait presque à coup sûr une vraie indigestion, suivie d'un peu de gastrite qui dégénère bientôt en gastro-entérite.

Voilà de suite un enfant qui court fortement le risque de rester durant tout l'été avec un tube digestif infecté et des rechutes fréquentes s'il n'est pas tué dès la première attaque.

Donc première condition pour qu'un nourrisson évite d'être pris de diarrhée: *Régularité absolue des repas.*

Le régime de la nourrice, tout en étant riche et fortifiant devra rester sensiblement le même, tout le temps que durera l'allaitement, au moins pour toute la saison chaude. Un écart de régime de la part de la nourrice a toujours un retentissement dangereux sur le nourrisson. En règle générale la nourrice s'abstiendra de fruits, de légumes verts, de pâtisseries et surtout de boissons fermentées ou alcooliques.

Les règles d'hygiène de la têtée proprement dite consistent à laver le mamelon avant et après chaque prise avec une solution boriquée ou simplement avec du savon et de l'eau pure. Il faut aussi laver la bouche de l'enfant avec une solution boratée ou boriquée après chaque prise, si la muqueuse n'est pas parfaitement saine et normale.

En suivant avec minutie ces prescriptions si simples il est très probable, je dirai même presque certain que le nourrisson échappera à la diarrhée infectieuse.

L'enfant est sevré. Quand le sevrage a été fait en temps opportun, avant les fortes chaleurs, je crois qu'il est encore plus facile de garder l'enfant des atteintes de l'infection que quand l'enfant est au sein. Ceci peut paraître un paradoxe, mais il y a un grand fond de vérité dans cette assertion. D'abord la diète de la nourrice, qui, dans le cas, se trouve être la vache est toujours identique à elle-même. La préparation de ce lait, qu'il soit modifié ou simplement coupé puis stérilisé peut toujours se faire mathématiquement de la même manière. De sorte que l'enfant ne se trouve pas exposé aux écarts de régime d'une nourrice inconsciente ou trop gourmande. Le soin de l'enfant devient plus facile, du fait que la mère peut être relevée par une aide intelligente quelconque.

Ici, comme dans le premier cas, c'est la régularité absolue dans le nombre des repas et dans la préparation de l'aliment qui sera la meilleure garantie de résistance à l'infection. Il n'y a

pas de raisons pour qu'un enfant qui est en bonne santé aujourd'hui, ne le soit pas demain et toujours si le régime n'est pas changé.

Donc régularité absolue, stérilisation parfaite des ingesta et des appareils v. g., lait, bouteilles, suces, etc., etc.: Voilà le secret de garder les enfants, nourris artificiellement, à l'abri d'une attaque d'entérite ou de gastro-entérite infectieuse.

Si nous passons maintenant au traitement de la diarrhée infantile, nous verrons que pour les enfants élevés au sein et ceux élevés à la bouteille, les moyens thérapeutiques employés sont à peu près les mêmes.

Le traitement changerait plutôt d'après le caractère de l'infection et il faudrait agir plus énergiquement contre une gastro-entérite grave que contre une entérite simple sans grande importance.

L'entérite simple peut être traitée simplement par l'administration d'un antiseptique intestinal v. g., le calomel à dose faible pour une journée suivi d'un laxatif léger: huile de ricin, etc.

On peut encore se contenter d'administrer une poudre insoluble pouvant faire de l'antisepsie sur place: v. g., le benzonaphtol, le salophène, le salol, les naphtols, à doses répétées trois ou quatre fois dans la journée et ce jusqu'à disparition des symptômes. L'administration des antiseptiques donnera toujours plus d'effet si l'on a le soin de les faire précéder ou accompagner d'un laxatif quelconque.

Quelque soit le médicament employé, le point le plus important du traitement sera de régler la diète d'une manière minutieuse. Si l'enfant est au sein, l'on fera diminuer la quantité de lait de chaque têtée et cesser toute autre alimentation adjuvante qui aurait pu être essayée.

Si ce traitemnt ne suffit pas à enrayer la diarrhée, l'on n'hésitera pas à retrancher le lait absolument, pour 12 et même 24 heures. L'on se contentera durant ce temps de la diète hydrique absolue.

A la place de chaque repas l'on fait prendre au lieu de la mère une quantité d'eau sucrée ou non, mais stérilisée, approximativement égale ou même supérieure à la quantité de lait que

l'enfant aurait pris. Après une demie journée ou une journée de cette diète hydrique absolue et du traitement médicamenteux, l'on revient progressivement à la diète ordinaire au sein de la nourrice.

Comme moyens adjuvants de ce traitement, il faut entourer le ventre d'une bande de flanelle légère pour éviter les refroidissements de surface, et laisser le petit malade au repos le plus complet possible, le moindre mouvement déterminant des mouvements péristaltiques exagérés et augmentant la fréquence des évacuations.

Le lavement rectal antiseptique est aussi un bon adjuvant, ce procédé débarrassant l'ampoule rectale des matières irritantes qui s'y accumulent constamment, fait rapidement disparaître les douleurs et les ténesmes.

Tous ces moyens adjuvants s'appliquent aussi au traitement de l'entérite simple chez les enfants nourris artificiellement. Le traitement médicamenteux est aussi sensiblement le même. Il n'y a que le traitement diététique qui varie quelque peu.

Un enfant nourri au biberon qui est pris de diarrhée infectieuse doit être momentanément, mais immédiatement sevré et de sa bouteille et de son lait. Le plus simple est encore de recourir à la diète hydrique absolue pour une journée, et de recommencer l'alimentation par une eau alimentaire quelconque : eau de riz, eau d'orge, etc., etc. Après deux jours ou plus l'on revient graduellement à la diète ordinaire en surveillant de très près les effets de l'alimentation sur le tube digestif.

La gastro-entérite infectieuse, véritable choléra des enfants, est plus grave et plus difficile à traiter sûrement. L'enfant pris de cette affection n'a pas seulement une diarrhée terrible qui déshydrate rapidement les tissus au point de faire d'un gros bébé un petit corps ratatiné et parcheminé en quelques heures quelquefois, mais les vomissements opiniâtres et répétés s'opposent à toute médication.

Premier point ici : cesser absolument de faire prendre tout solide ou liquide. L'eau stérilisée, même serait infailliblement rejetée sur le champ et ne servirait, par l'effort de vomissement, qu'à épuiser le petit malade.

Il vaut mieux se contenter pour les premières vingt-quatre heures de ne faire prendre par la bouche que les médicaments, plus haut mentionnés, servant à faire la désinfection des voies digestives: estomac et intestin. A ces conditions, l'on sera agréablemnt surpris en trouvant qu'après les 2 ou 3 premières doses qui seront quelquefois rejetées, les doses suivantes seront retenues et produiront des effets rapidement appréciables.

La meilleure manière de soutenir durant ce temps les forces du petit malade, c'est de lui donner à toutes les deux ou trois heures, après un grand lavement, un lavement alimentaire, ou simplement stimulant, (le sérum artificiel remplit parfaitement le but si l'on veut donner un lavement stimulant).

Si les lavements ne sont pas retenus du tout, l'on peut recourir à de petites injections hypodermiques de sérum artificiel et par ce moyen éviter au petit patient la mort par inanition qui est très rapide dans certains cas. Un léger sinapisme au creux épigastrique pourra contribuer à faire cesser ces vomissements: bandage de corps, repos au lit, lavements antiseptiques.

Le lendemain, les vomissements seront probablement calmés, il sera temps alors de recourir à la diète hydrique absolue d'abord pour une autre journée et ne recommencer qu'au bout de ce temps, l'alimentation qui sera naturellement excessivement simple et très surveillée: le sein de la mère, ou les eaux alimentaires si l'enfant est nourri artificiellement.

Je suppose que malgré ce traitement fort raisonnable, la maladie n'a pas l'air de vouloir céder et que le petit patient est rapidement conduit à la dernière extrémité. Il ne faudrait pourtant pas encore perdre tout espoir et condamner irrévocablement notre malade sans avoir essayé comme moyen ultime du lavage de l'estomac et de l'entéroclyse combinés. Ce dernier moyen seul, l'entéroclyse a plusieurs fois permis d'opérer des guérisons qui ont paru quasi-miraculeuses.

Je veux donner rapidement ici la technique de cette opération très simple en elle-même et à la portée de tous.

Deux conditions sont essentielles pour obtenir un résultat favorable: l'une tient à la position à donner au malade, et l'autre à la manière de faire pénétrer le liquide d'irrigation.

Le sujet est couché à plat, horizontalement, sur le dos, la hanche gauche modérément relevée par un coussin.

On introduit dans le rectum une longue sonde en caoutchouc pour le jeune enfant, une sonde uréthrale en caoutchouc rouge convient parfaitement.

La sonde doit être poussée *jusque dans le colon transverse*, où l'on peut la sentir sous la peau de la paroi abdominale antérieure.

La partie qui déborde l'anus est reliée à l'aide d'un long tube de caoutchouc à un récipient capable de contenir deux gallons à deux gallons et demi de liquide. Un robinet sert à régler l'écoulement.

La solution est employée à 40° et se compose d'eau bouillie additionnée soit d'acide borique à 4 p. 100, soit de naphtol à 2 p. 100, ou d'une solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000, etc.

Un tampon d'ouate, appliqué contre l'anus, tout autour de la sonde, est maintenu avec la main qui tient en même temps la sonde. Cette précaution prévient le reflux intempestif du liquide injecté.

Ces dispositions prises, on ouvre le robinet et on élève le récépient de quatre à six pouces, pas plus. La méthode repose absolument sur l'application d'une faible pression.

Le liquide coule ainsi doucement, vient remplir le cæcum dont les gaz peuvent s'échapper. Une forte pression les comprimerait et ce sont ces gaz comprimés qui forment la barrière infranchissable et non la valvule elle-même.

Vers la 3e pinte, la valvule iléo-cæcale est franchie et l'injection pénètre dans l'intestin grêle. Quelques coliques annoncent cette entrée.

A ce moment si le niveau du liquide dans le récipient continue à baisser régulièrement on maintient la même position. Dans le cas contraire on élève légèrement le bock.

Le remplisage des anses intestinales amène la matité sur le côté droit et au-dessus de la vessie, puis sur les côtés du ventre. Au niveau de l'ombilic persiste de la sonorité par refoulement des gaz qui viennent former une couche uniforme, sorte de coussinet aérien péri-ombilical.

Au bout de la sixième pinte chez l'adulte, moins chez l'enfant, le liquide franchit le pylore et envahit l'estomac. Le vomissement en traduit la présence. La percussion de l'espace de Traube peut donner de la matité. Le liquide arrivé dans l'estomac, on laisse passer encore une à deux pintes.

On peut ensuite retirer la sonde et le liquide ressort à flot, ou bien introduire une sonde dans l'estomac et continuer le lavage, effectuant ainsi un nettoyage absolu du tube digestif.

En résumé l'emploi de la méthode repose sur les conditions suivantes:

1° Emploi d'une grande quantité de liquide;
2° Faible pression;
3° Lenteur de l'écoulement;
4° Position horizontale du sujet;
5° Déclivité donnée au cæcum.

Le mode d'action de ce procédé, consiste à antiseptiser l'intestin grêle lui-même par les grands lavages.

H. Hervieux.

CORRESPONDANCE.

L'ANTIKAMNIA, LA THERÉBENTINE ET LE SÉRUM DE MARMOREOK DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

Je viens de lire dans le numéro du mois de mai l'article consacré par M. E. A. de Cotret à l'étude d'un cas de fièvre puerpérale, et vous serais très reconnaissant de bien vouloir mettre sous les yeux de vos nombreux lecteurs, les quelques remarques que m'a fait faire la lecture de cette étonnante communication.

I. Et d'abord, que penser de la valeur antithermique de la formule léguée par l'ancienne garde-malade?

D'après le docteur de Cotret, "ce serait une prescription merveilleuse pour casser les fièvres, elle agirait mieux que tous les autres antithermiques, on obtiendrait avec elle des résultats miraculeux."

Au fond, la note me paraît légèrement forcée, et dans le cas qui nous occupe, si l'on veut jeter un coup d'œil sur le tracé de la température, l'on se fera, je crois, une plus juste idée des choses.

Ainsi prenons la malade le 17 décembre matin.

A 8 heures a.m.,	17 décembre,	température	103
A 4 heures p.m.,	17 décembre,	—	105
A 8 heures p.m.,	17 décembre,	-	103
A 9 heures p.m.,	17 décembre,	—	102

De 4 à 9 heures du soir, par conséquent, la température baissait de trois degrés. On commence alors, à 11 heures, à donner les paquets d'antikamnia, toutes les deux heures, et l'on continue à prendre la température.

A 11 heures p.m.,	17 décembre,	température	100¾	—un paquet.
A 1 heure a.m.,	18 décembre,	—	100	—un paquet.

C'est-à-dire que la descente continue, mais est-ce le fait des paquets? Notre savant confrère semble le croire. Pourquoi plutôt ne pas y voir l'effet des injections antiseptiques, par ex-

emple, ou bien alors comment expliquer l'abaissement de la courbe avant même l'administration des paquets. Et puis, ne voit-on pas, malgré la continuation de la médication, la fièvre remonter à 103 et rester à ce niveau jusqu'à 8 heures du matin.

A ce moment, (8 hrs du matin), on cesse l'administration des paquets à cause des signes d'intoxication, et chose surprenante, la température stationnaire jusque-là, tombe immédiatement et atteint 101°.

Mais le tracé s'élève à niveau et les paquets rentrent en scène, la quinine restant impuissante à arrêter cette marche ascensionnelle.

A 9 heures p.m., 19 décembre, température 106 —un paquet.
A 11 heures p.m., 19 décembre, température 104 —un paquet.
A 1 heure a.m., 20 décembre, température 104 —un paquet.
A 3 heures a.m., 20 décembre, température 104 —un paquet.
A 5 heures a.m., 20 décembre, température 104 —un paquet.
A 7 heures a.m., 20 décembre, température 104 —un paquet.
A 10 heures a.m., 20 décembre, température 104 —un paquet.
A 12 heures a.m., 20 décembre, température 102 —un paquet.
A 2 heures p.m., 20 décembre, température 101 —un paquet.
A 4 heures p.m., 20 décembre, température 100½ —un paquet.

Ici encore est-ce à dire que la chute de la température soit due à l'action des paquets? Je ne le pense pas, et dans les deux cas, il s'agirait simplement d'une rémission, d'une chute fébrile très habituelle en pareil cas, et comme on a coutume d'en voir dans les tracés de grande infection.

La fièvre du reste se rallume aussitôt et le soir du même jour elle atteint brusquement 105°, degré où elle va se maintenir, sans variation notable, jusqu'au soir du 27 décembre. Puis nouvelle chute à 101½. Suivie aussitôt d'une nouvelle ascension à 105°.

Le temps semble venu à notre savant confrère de reprendre sa médication de choix, il nous en montre les " merveilleux effets " sur la température qui descend graduellement à 103½, 102, 101, 100¾, 100⅓, 99, et il ne manque pas de nous faire remarquer qu'elle remonte aussitôt qu'il suspend l'emploi de ses paquets. A vrai dire, ceux-ci n'y sont pour rien, et cette fois l'affaissement de la courbe thermique est sans aucun doute la conséquence de l'ouverture large et facile d'un immense abcès de la fesse, d'où le pus s'échappe en abondance. C'est là

un fait de pathologie générale élémentaire, bien connu de tous, et qui nous fournit l'explication toute naturelle de cette défervescence providentielle.

L'ouverture de l'abcès à la fesse, et la chute de la fièvre s'accompagnent d'une amélioration sensible de presque tous les symptômes; " on dirait remarque l'observation, que cette décharge purulente soulage la malade "!

Aussi notre confrère reprend-t-il ses paquets jusqu'au matin du 3 janvier, sans apporter d'ailleurs grande modification à la courbe thermique. Celle-ci ne tombe définitivement à 99° qu'après l'incision d'un deuxième abcès dans le flanc, en voie de formation depuis une dizaine de jours, et d'où il s'écoule encore beaucoup de pus.

En résumé, les choses ont suivi leur cours normal, la médication n'a eu aucune influence sur la marche de la température, et la supériorité des paquets de la garde-malade sur tous les autres antithermiques ne nous paraît pas démontrée.

II. Leur action toxique par contre apparaît d'une façon manifeste. A cinq reprises, les signes d'empoisonnements imposent la cessation du médicament. On constate à un certain moment la présence sur les gencives du liseré bleu de l'hydrargyrisme. L'infection se compliquait en d'autres termes d'une intoxication médicamenteuse. Voici du reste le compte des médicaments ingérés par la malade pendant le cours de sa fièvre:

Antikamnia	**200 grains.**
Antifébrine	**210 grains.**
Calomel	**5 grains.**
Quinine	**125 grains.**

Plus 5 grains de quinine en injection hypodermique.
30 gouttes d'essence de térébentine.
70 c. c. de sérum de marmoreck.

Le tout sans préjudice des injections intra-utérines à $^2/_{1000}$, d'une potion tonique au quinquina, d'une mixture expectorante, et du classique vésicatoire.

Les injections intra-utérines de sublimé à $^2/_{000}$, ne peuvent pas, il est vrai, être incriminées, mais il est bon de faire remarquer, en passant, que ces solutions concentrées sont rarement employées à l'intérieur de l'utérus, après l'accouchement. En

règle générale, du moins dans les maternités à Paris, on se défie beaucoup, et à bon droit, du bichlorure. (1) Ainsi Tarnier n'en permettait l'emploi qu'en injections vaginales, et seulement à $^1/_{5000}$; encore le proscrivait-il formellement dans les cas de déchirure étendue du vagin, crainte d'absorption.

Pinard, s'appuyant sur les expériences de Bouchard, rejette aussi complètement le sublimé de sa pratique et n'emploie jamais, à Baudelocque et en ville, que le bi-iodure de mercure à $^1/_{4000}$.

III. Reprenons maintenant l'observation à la date du 20 décembre. " L'état de la malade parait désespéré " et M. le docteur de Cotret se décide à recourir aux grands moyens. Seulement, il n'est pas partisan de la sérothérapie, c'est lui-même qui nous l'apprend: " aux injections de sérum de Marmoreck, j'ai si peu de confiance, car mon expérience assez étendue ne m'en dit rien de bon, que je n'ose y avoir recours."

Aussi ce jour-là se contente-t-il d'injecter 5 grains de quinine dans la fesse gauche.

Le lendemain, 21, à 9 heures du matin, " la malade est plus mal, tout espoir est perdu " et aussitôt l'accoucheur de la maternité " injecte dans le flanc, *sans prendre aucune précaution antiseptique* dans le but de créer le plus tôt possible un abcès quelconque, 20 c. c., de sérum de Marmoreck "...

A 6 heures, le soir du même jour, le thermomètre marque 105° et l'observation ajoute: " comme on le voit, le sérum de Marmoreck n'a produit aucun effet salutaire," mais aussi pourquoi attendre que la malade soit sub-claquante, pour recourir à la sérothérapie. Un insuccès dans ce cas ne saurait lui être imputable. Notre confrère ne perd cependant pas courage et continue régulièrement ses injections de sérum, toujours, je suppose, avec la même technique.

Le 23 décembre, la malade baisse toujours; la température est à 105° " comme on le voit, dit l'observation, ce sérum n'a pas d'effet sur la température." En revanche, nous lisons plus loin " qu'à la paroi abdominale, où les injections ont été faites sans antiseptie, on remarque de l'œdème et de la rougeur." Le

(1) Voir *Presse Médicale*, 14 juin 1901 : Intoxication mortelle par le sublimé.—LEPAGE.

but est atteint, l'abcès se forme, et notre confrère aurait vraiment mauvaise grâce de s'en prendre au sérum qui l'a si bien servi.

Seulement dans de pareilles conditions, et ici mon ancien professeur voudra bien me permettre de différer d'opinion avec lui, on ne saurait en toute justice en vouloir au sérum de n'avoir pas réussi à ramener la température à la normale. Employé selon les règles établies par Marmoreck, c'est-à-dire, *en temps opportun*, de *façon antiseptique*, et *seul*, il en eût probablement été capable; mais, quand ce même sérum, primitivement destiné à prévenir et à combattre les méfaits du streptocoque, devint lui-même, par la faute préméditée de l'opérateur, la source d'une nouvelle infection, il ne saurait plus prétendre au même résultat, ni surtout réussir à faire disparaître un état fébrile dont il se trouve être indirectement la cause involontaire.

La mauvaise opinion de M. le docteur de Cotret sur le sérum de Marmoreck résulte, nous dit-il, d'une expérience assez étendue; mais elle paraît mal acquise: je me permettrais de lui en opposer d'autres, aussi très respectables.

D'abord, celle de M. Roux, l'auteur du sérum antidiphtéritique, affirmant de tout le poids de son autorité, dans ses leçons de l'Institut Pasteur, en 1896, que la méthode de Marmoreck repose sur un principe sûr et solide, et la reconnaissant, dans un avenir prochain comme le plus beau triomphe de la médication sérothérapique. Voilà pour le côté théorique, que voyons-nous maintenant dans la pratique.

Le professeur Pinard, de Baudelocque, déclare le sérum de Marmoreck capable, non seulement de guérir mais de prévenir l'infection puerpérale et en prescrit l'emploi systématique chez toute femme enceinte jugée susceptible d'une intervention un peu sérieuse lors de l'accouchement.

Ces deux noms suffiront, croyons-nous, à montrer qu'il est encore permis, malgré les prétendus insuccès de notre confrère, d'accorder une certaine confiance au sérum de Marmoreck, et qu'on peut avoir sur la valeur de cette méthode des idées différentes des siennes, sans cesser pour cela de se trouver en fort

honorable compagnie. A ceux qui en douteraient encore, nous conseillerons la lecture, on ne peut plus instructive, du beau livre du professeur Landouzy; la sérothérapie, où ils trouveront, avec des observations et preuves à l'appui, des raisons bien suffisantes à dissiper leurs craintes.

Comme conclusion, et pour terminer cette trop longue lettre, nous dirons que:

1° L'antikamnia ne nous semble pas mériter les qualificatifs pompeux que lui décerne M. le docteur de Cotret, et on aurait vraiment tort de croire cette spécialité pharmaceutique capable d'enrayer la marche d'une fièvre puerpérale:

2°. L'emploi du sublimé ou obstétrique peut être indiqué et utile, mais à condition de ne pas s'écarter des règles formulées par Tarnier.

3° Dans le traitement de l'érysipèle et de l'infection puerpérale, la médication antistreptococcique a fait ses preuves, bien qu'on puisse encore lui imputer certains insuccès, mais la syphilis est-elle toujours guérie par le mercure et la quinine a-t-elle toujours raison de l'hématozoaire de Laveran, et pourtant qui oserait nier la valeur de ces deux médicaments?

4° Avant de condamner une méthode de traitement acceptée par les plus grandes autorités de la science médicale française, et de mettre en doute l'efficacité d'une médication susceptible de rendre les plus grands services, il eût été plus logique et surtout plus équitable de bien savoir quand, pourquoi et comment elle doit être employée.

Dr Alphonse Mercier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE NOUVEAU MODE D'ELECTION DU BUREAU DES GOUVERNEURS.

LES PROCHAINES ELECTIONS DU BUREAU DES GOUVERNEURS.

On se rappelle qu'en 1898 les gouverneurs actuellement élus avaient inscrit sur leur programme l'établissement des élections par districts provinciaux et la suppression du vote par procuration et par scrutin de liste. Le Bureau a tenu parole; il a présenté à la législature de Québec une refonte de notre loi électorale qui a été sanctionnée le 23 mars 1900, et les élections de cet automne auront lieu d'après la loi nouvelle.

Cette nouvelle loi électorale est beaucoup trop longue et beaucoup trop détaillée pour que nous puissions la publier textuellement. Cependant, comme les lecteurs de l'UNION MÉDICALE auront bientôt à donner leur vote pour l'élection du bureau médical, et qu'il est important de savoir comment voter, nous pensons que c'est un devoir pour nous de faire connaître cette loi nouvelle. Nous avons donc préparé une analyse, aussi claire, aussi précise et aussi complète que possible, de tout ce qui, dans la nouvelle loi, regarde le voteur, laissant de côté la partie qui se rapporte plus spécialement aux officiers rapporteurs ou au régistraire. Nos lecteurs trouveront dans ces notes tous les renseignements utiles à connaître sur la date de l'élection, la notification officielle, la qualification du voteur, le bulletin de vote, les candidats, la transmission du bulletin de vote et le dépouillement du scrutin.

Nous ne donnons les notes qu'à titre de renseignement, et pour faciliter la tâche de nos lecteurs lors de la prochaine votation, en leur faisant connaître la loi électorale telle qu'elle existe aujourd'hui. Il est bien entendu que l'UNION MÉDICALE n'entend conseiller à personne de voter pour tel ou tel candidat en particulier; notre but est simplement de faire voir com-

ment il faudra voter. Nous avons joint à ses notes une copie du tableau électoral de la province de Québec, afin que chacun puisse constater par lui-même à quelle division électorale il appartient. Les officiers rapporteurs de chacune des ces divisions ont été nommés à la dernière assemblée du Bureau des Gouverneurs; la liste en sera publiée dans les journaux, d'ici au 4 du mois d'août. A cette même date, tous les médecins de la province qualifiés à voter aux prochaines élections devront avoir reçu leur bulletin de vote.

Voici le résumé de tout ce qui, dans la nouvelle loi, concerne le voteur.

Date de l'élection. — L'élection des membres du Bureau des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec aura lieu le mercredi, 4 septembre 1901.

Notification officielle. — Avis de l'élection sera donné au moins un mois à l'avance dans au moins deux revues médicales publiées dans la Province de Québec, dans un journal français et un journal anglais publiés dans la ville de Québec, dans un journal français et un journal anglais publiés dans la ville de Montréal. Cet avis contiendra aussi la liste des officiers rapporteurs des 27 divisions électorales de la province de Québec.

Qualification du voteur. — Auront droit de vote dans chaque division électorale et non ailleurs, les membres du Collège des Médecins domiciliés dans la dite division dûment qualifiés conformément aux règlements du Bureau, ayant réglé leurs contributions annuelles jusqu'au 1er juillet précédant l'élection, et étant inscrit sur le régistre du Collège.

Bulletin de vote. — Le ou avant le 3 du mois d'août 1901, chaque voteur recevra par lettre enrégistrée et cachetée un bulletin de votation portant à gauche le nom du voteur, son adresse et la signature du régistraire et à droite une déclaration de vote que le voteur devra remplir en y inscrivant les noms et prénoms du ou des candidats pour qui il vote, ainsi que son ou leur résidence, et y ajouter la date du jour et sa propre signature. L'oubli de mettre sur le bulletin de vote les noms, prénoms et résidence du ou des candidats, ainsi que la date du jour où l'on vote, suffit à annuler le bulletin de votation. Tout

médecin qui, le 4 août 1901, n'aura pas reçu son bulletin de vote et l'enveloppe certifiée pour le transmettre à l'officier rapporteur, devra en avertir par écrit le régistraire, qui lui fera parvenir un second bulletin marqué " double " et une seconde enveloppe.

Candidats. — Le Bureau des Gouverneurs ne nomme pas de candidats officiels. L'élection des gouverneurs est laissée à chaque division électorale en particulier. A cette fin, la province de Québec est divisée en quatre districts électoraux, lesquels districts sont subdivisés en vingt-sept divisions électorales, chacune de ces divisions électorales devant élire un, deux ou trois gouverneurs suivant le cas, ainsi qu'il appert par le tableau suivant:

TABLEAU ELECTORAL DE LA PROVINCE DE QUEBEC

Districts Electoraux.	Divisions électorales. — Villes et comtés.	Nombre de Gouverneurs a élire.
District de Québec.	No 1.—Québec Centre	3 gouverneurs.
	" 2.—Québec Ouest, Québec Est, St-Sauveur	3 —
	" 3.—Lévis, Lotbinière	1 gouverneur.
	" 4.—Montmorency, Québec, Portneuf	1 —
	" 5.—Charlevoix, Chicoutimi, Lac St-Jean	1 —
	" 6.—Beauce, Dorchester	1 —
	" 7.—Bellechasse, Montmagny, L'Islet	1 —
	" 8.—Kamouraska, Témiscouata	1 —
	" 9.—Rimouski, Matane, Gaspé, Bonaventure, Ile de la Madeleine	1 —
	No 1.—Montréal, Nos 1 et 2 (1)	2 gouverneurs.
	" 2.—Montréal, Nos 3 et 4 (2)	2 —
	" 3.—Montréal, Nos 5 et 6 (3)	2 —
	" 4.—Joliette, L'Assomption, Montcalm, Berthier	1 gouverneur.
	" 5.—Terrebonne, Argenteuil, Deux-Montagnes, Laval	1 —

(1) Comprenant les quartiers municipaux Ste-Marie et St-Jacques, à l'*ouest*, par les rues Lacroix, Craig et St-Denis, jusqu'à un point situé un peu au dessous de l'avenue Duluth ; au *nord* par une ligne s'étendant entre la rue St-Denis et la rue Iberville, passant au-dessous de l'avenue Duluth et de la rue Rachel, et traversant le parc Lafontaine : à l'*est* par la rue Iberville ; au *sud* par le fleuve St-Laurent.

(2) Comprenant les quartiers municipaux St-Laurent et St-Louis : borné a l'*ouest* par les rues St-Alexandre, Ste-Catherine, City Councillors et Durocher, jusqu'à un point situé au sud de l'avenue Duluth ; au *nord* par une ligne s'étendant de la rue Durocher à la rue St-Denis et passant au sud de l'avenue Duluth et au nord de la rue Napoléon ; à l'*est* par la rue St-Denis ; au *sud* par la rue Craig.

(3) Comprenant les quartiers municipaux St-Antoine, Ste-Anne, Ouest et Centre : borné à l'*ouest* par une ligne partant de la Montagne et se dirigeant du nord au sud en passant à l'ouest de l'avenue Atwater, de la rue Fulford et de la rue Shearer jusqu'au fleuve ; au *nord* par la Montagne et l'avenue Mont-Royal ; à l'*est* par la rue Esplanade, l'avenue Duluth, la rue Durocher, la rue City Councillors, a rue St-Alexandre, la rue Craig, la rue St-Gabriel ; au *sud* par le fleuve St-Laurent.

TABLEAU ELECTORAL DE LA PROVINCE DE QUEBEC—*Suite.*

Districts Electoraux.	Divisions électorales. — Villes et comtés.	Nombre de Gouverneurs a élire.
District de Québec.	No. 6.—Ottawa, Pontiac	1 gouverneur.
	" 7.—Beauharnois, Châteauguay, Huntingdon, Soulanges, Vaudreuil	1 —
	" 8.—Shefford, Brome, Missisquoi	1 —
	" 9.—St-Jean, Chambly, Napierville, Iberville, Laprairie	1 —
District de Montréal.	No 10.—St-Hyacinthe, Bagot, Rouville	1 —
	" 11.—Richelieu, Yamaska, Verchères	1 —
	" 12.—Hochelaga Est, comprenant : Pointe-aux-Trembles, Longue-Pointe, Rivière-des-Prairies, Sault-au-Récollet, Maisonneuve, DeLorimier, Petite-Côte, St-Léonard de Port-Maurice, St-Louis du Mile-End et les quartiers Hochelaga, St-Denis et St-Jean-Baptiste dans la ville de Montréal	1 —
	No 13.—Hochelaga Ouest, comprenant : le comté de Jacques-Cartier, Verdun, Ville St-Paul, Côte St-Paul, St-Henri, Ste-Cunégonde, Westmount, Outremont, No-Dame-des-Neiges, Montréal-Ouest et le quartier St-Gabriel dans la ville de Montréal	
District de Tr.-Rivières.	No 1.—Drummond, Arthabaska, Mégantic	1 —
	" 2.—Trois-Rivières (ville), Champlain (comté).	1 —
	" 3.—St-Maurice, Maskinongé, Nicolet	1 —
District de St-François.	No 1.—Sherbrooke (ville et comté)	2 gouverneurs.
	" 2.—Compton, Stanstead, Richmond, Wolfe	1 gouverneur.

Transmission du bulletin de vote. — Le bulletin de vote sera transmis à l'officier rapporteur du district où réside le voteur dans l'enveloppe spéciale que le régistraire aura envoyée à cet effet. Cette enveloppe porte sur sa face l'adresse de l'officier rapporteur de la division électorale où demeure le voteur, les initiales du régistraire du Collège des Médecins, ainsi que les timbres pour les frais de port et d'enrégistrement de retour. Le voteur demandera un reçu du maître de poste en déposant sa lettre, et il aura soin de sceller sa lettre avant de l'expédier. Tout bulletin de vote envoyé dans une autre enveloppe que celle préparée à cet effet par le régistraire sera nul; le dit bulletin ne pourra pas non plus être apporté à l'officier rapporteur par une tierce personne. Cependant le voteur peut, s'il le pré-

fère, envoyer la lettre par express port payé, ou la remettre en personne à l'officier rapporteur qui délivrera un reçu en conséquence. Si le voteur ne demeure pas dans le même endroit que l'officier rapporteur, et qu'il apporte sa lettre lui-même, il ne peut réclamer aucun frais de route. Tout bulletin de vote qui ne sera pas entre les mains de l'officier rapporteur à cinq heures de l'après-midi, le mercredi 4 septembre 1901, ne comptera pas. Le bulletin de vote peut être envoyé à l'officier rapporteur en aucun temps entre le 4 août et le 4 septembre 1901.

Dépouillement du scrutin. — L'officier rapporteur dépouillera le scrutin à cinq heures de l'après-midi, le mercredi 4 septembre 1901, et au moins devant deux témoins. L'officier rapporteur n'a droit de vote qu'en cas d'égalité des voix, son vote est alors prépondérant. Il n'a aucune autorité en cas de contestation; ces matières relèvent du Bureau des Gouverneurs seul; les tribunaux civils eux-mêmes ne peuvent intervenir.

NOTE. — La loi nouvelle donne un député de plus au district de Montréal. On remarquera, en effet, que l'île de Montréal est divisée en deux: Hochelaga *est* et Hochelaga *ouest*, ces deux divisions élisant chacune un député. Les trois divisions de Montréal (est, centre et ouest) éliront chacune deux députés, ce qui donne en tout huit gouverneurs au lieu de sept pour toute l'île de Montréal.

E. P. BENOIT.

ANALYSES

MEDECINE

Thyroïdectomie dans la maladie de Graves. — (Société de Neurologie de New-York, 3 avril 1900.)

Le docteur *B. Farquhar Curtis* présente une malade opérée en novembre 1897 de la moitié gauche de la glande thyroïde. La maladie avait débuté quelque temps auparavant. Les yeux étaient proéminents, et le pouls variait de 120 à 150. Moins de deux mois après l'opération, la malade avait pu reprendre son état de comptable, et son pouls était devenu graduellement plus lent. La guérison semblait apparemment permanente.

Résection du sympathique dans la maladie de Graves.

Le docteur *Curtis* présente une malade, femme âgée de 29 ans. La maladie avait débuté quatre ans avant l'opération. En décembre 1898, elle présentait une exophtalmie modérée, un pouls plutôt rapide, et du nervosisme. En mai, survint une paralysie de la corde vocale gauche. Douze jours plus tard, le docteur Curtis lui réséquait le sympathique cervical des deux côtés, mais ne touchait pas au goître. Durant son séjour à l'hôpital, le pouls ne s'était pas élevé à plus de 106. Depuis l'opération, le nervosisme a diminué et les yeux se sont améliorés. Le premier effet de l'opération a été une diminution du volume de la glande.

Le docteur *Théodore Janeway* dit que lorsque cette malade lui est revenue en janvier dernier, la glande thyroïde avait augmenté de volume, le pouls était d'à peu près 90, des murmures aortiques et systoliques se faisaient entendre, et elle souffrait beaucoup de céphalalgie. L'analyse des urines avait été négative.

Le docteur *Curtis* dit avoir fait neuf thyroïdectomies, et dans aucune il ne serait survenu de complications, pas même de l'hémorragie. De ses neuf cas, trois se sont terminés fatalement, après avoir présenté une température très élevée. Il attribue ce résultat à une intoxication thyroïdienne.

Le docteur *Graeme M. Hammond* dit que les résultats obtenus par le docteur Curtis semblent démontrer que la majorité de ces cas est la résultante d'une hyperactivité de la glande thyroïde, qui serait causée par un trouble nerveux spécial. Il croit que l'on devrait hésiter avant de conseiller la thyroïdectomie, vu sa mortalité de 33⅓ p. c. Il serait intéressant de connaitre l'effet de l'administration de la glande thyroïde dans les cas présentant des symptômes toxiques après l'opération.

Le docteur *E. D. Fisher* dit avoir vu un malade chez lequel on avait réséqué le ganglion cervical, et que sa condition générale s'était certainement améliorée. A en juger par les interventions rapportées, l'opération serait justifiable. Quelques chirurgiens ont eu de l'hémorragie, et l'expliquent par la grande dilatation des vaisseaux, supposée être produite par le sympathique cervical. Dans quelques cas, il serait survenu de l'amélioration à la suite de la résection d'un seul ganglion.

Le docteur *W. M. Leczynsky* dit que pour lui le pronostic de la maladie de Basedow semble dépendre largement de la condition financière du malade. C'est pour cette raison que les malades de la classe pauvre ont plutôt recours à l'opération. Il a essayé maintes fois, mais en vain, à faire entrer ces malades à l'hôpital, afin qu'ils pussent suivre un traitement prolongé.

Le docteur *Fisher* croit que beaucoup de ces cas ne répondent pas même au meilleur mode de traitement, et sous les conditions les plus passables.

Le docteur *Leczynsky* est d'opinion que l'institution à bonne heure d'un traitement convenable, dont un élément essentiel serait le repos prolongé, guérirait beaucoup de cas.

Le docteur *Peterson* partage les vues de ce dernier. Les deux opérations décrites par le docteur Curtis lui semblent très sérieuses à entreprendre, jusqu'à ce qu'on ait essayé convenablement des méthodes de traitement moins dangereuses.

Le docteur Curtis dit que dans ses cas l'opinion avait alors été émise que les symptômes d'intoxication avaient été le résultat du passage dans le système d'une trop grande quantité de sécrétion thyroïdienne. Il est possible qu'une opération à bonne heure éliminerait ce danger.

E. P. CHAGNON.

Stase alimentaire et décubitus latéral droit, par MARTINET, dans la *Presse Médicale*, 2 janvier 1901.

En étudiant le rôle de la stase alimentaire dans tous les cas où elle n'est pas due à un obstacle mécanique, Martinet donne un moyen très simple qui empêche tous les malaises particuliers à cet état.

Dès que le malaise commence à s'étendre, il conseille de se coucher sur le côté droit, la tête un peu relevée, et d'absorber dans cette position une tasse d'infusion chaude de tilleul ou de camomille. Certains symptômes tels que nausées et vomissements, sont arrêtés par cette seule position. Voici l'interprétation qu'il donne de ces faits : " Le canal pylorique se dirige obliquement à droite, en arrière et un peu en haut ; dans la position assise, l'estomac ne peut se vider que par une contraction active de ses parois ; par suite, la stase reconnaît trois causes : insuffisance motrice des parois stomocales, abaissement de la petite courbure par la dilatation stomacale, spasme pylorique. Dans le décubitus latéral droit, le pylore est dirigé en bas et légèrement en arrière ; il est le point le plus déclive de l'estomac. L'infusion chaude de tilleul et de camomille est un adjuvant utile ; elle doit agir en diluant le chyme, le rendant aussi plus fluide et moins acide, par suite moins irritant, condition qui détermine si souvent le spasme pylorique ; elle agit par sa température ; ce petit procedé a l'avantage de réussir souvent, d'être simple, peu coûteux, inoffensif.

J. A. LESAGE.

OBSTÉTRIQUE

De la rétention des membranes après l'accouchement, par MAYGRER, dans *L'Obstétrique*, novembre 1900.

L'auteur a fait une communication intéressante sur ce sujet important.

Ses observations, dans son service de la Charité, portent sur 142 cas de rétention des membranes, du 1er mars 1898 au 1er juillet 1900, sur 1939 accouchements. De ce nombre 124 n'ont été suivis d'aucune complication, 18 ont été accompagnés d'accidents infectieux. Dans 31 cas un fil avait été placé sur le moignon membraneux, d'après le conseil de Tarnier, pour aider à l'extraction des membranes décollées.

Sur les 18 cas malheureux, 16 ont guéri, 2 se sont terminés par la mort.

Voici le traitement suivi dans les 18 cas infectieux : 3 fois, il n'y a pas eu d'autre intervention que les injections vaginales et intra-utérines, guérison ; 13 fois, curettage digital et écouvillonnage, succès ; 2 fois, ce traitement n'ayant pas eu de succès on a pratiqué le curettage sans succès : une d'elles a subi l'hystérectomie abdominale totale.

La première observation peut se résumer comme suit : accouchement spontané à terme, rétention d'une partie des membranes, pose d'un fil sur leur moignon, chute du fil sans membranes, infection, curettage et écouvillonnage, puis curettage, mort le 8e jour.

D'après l'auteur, ces 16 observations montrent le danger qu'il y a de se fier à la pose d'un fil sur les membranes. " Ce procédé demande à être surveillé de près ; on ne l'emploiera que lorsqu'on est certain d'étreindre avec le fil une notable épaisseur de membranes, sans quoi, ce fil pourra tomber sans entraîner avec lui le lambeau membraneux retenu."

M. Maygrier insiste sur le temps que ce fil doit rester en place. Pas plus de 24 heures, car ce fil constitue un véritable drain pour les microbes du vagin vers l'utérus. Après ce temps, il faut extraire les membranes si elles n'ont aucune tendance à tomber.

La deuxième observation se résume également comme suit : Accouchement à 7 mois et demi d'un fœtus mort et macéré, rétention de la caduque, accidents infectieux, curettage digital et écouvillonnage, puis curettage, hystérectomie abdominale totale le 13e jour, persistance des accidents et mort le 44e jour.

Et l'auteur conclut aux dangers que peut faire courir aux femmes la rétention partielle ou totale des membranes malgré les soins d'asepsie et d'antisepsie.

" Il ne faut jamais laisser séjourner les membranes dans l'utérus, dit-il, et leur extraction immédiate doit être pratiquée dans la grande majorité des cas."

Et l'auteur conseille l'écouvillonnage dans les cas d'accidents, le curettage digital et l'écouvillonnage ; en cas d'échec, nettoyage de l'utérus par le curettage instrumental.

" L'hystérectomie totale est une dernière ressource à laquelle on ne s'adressera que lorsqu'on sera certain que l'infection est strictement localisée à l'utérus. Mais il faut bien prendre garde de se faire illusion à cet égard, car l'organisme peut être envahi alors qu'on croit que l'infection ne s'est pas encore généralisée, comme la seconde observation en fournit un exemple."

J.-A. LESAGE.

Délivrance artificielle, par le professeur BUDIN, dans *Journal des sages-femmes*, 16 mars, 1er et 16 avril 1901.

A propos d'une observation où on a pratiqué la délivrance artificielle dans un cas de contraction de l'anneau de Bandl retenant l'arrière-faix emprisonné dans la cavité utérine, l'auteur définit ce qu'il faut entendre par la délivrance artificielle.

"Il y a expulsion, dit-il, lorsque la délivrance s'accomplit sous l'action des seules forces de la nature, sans intervention aucune. On dit, au contraire, qu'il y a extraction lorsque l'accoucheur, pour faire sortir l'arrière-faix, a dû intervenir avec la main ou d'une façon quelconque."

La délivrance spontanée comporte le détachement du placenta et son expulsion au dehors par les seules forces de la nature.

La délivrance artificielle comporte une intervention pour le premier temps, à savoir le décollement complet ou partiel du placenta.

Une première cause qui oblige à intervenir est l'imminence de l'emprisonnement du placenta par contraction de l'anneau de Bandl ou anneau de contraction, au-dessus de l'orifice interne, ou par enchâtonnement, ou par rétraction totale de l'utérus. Le professeur Budin fait remarquer, en passant, que ces accidents sont moins fréquents qu'autrefois, "et cela tient à ce que l'on a abandonné à peu près généralement l'emploi du seigle ergoté. Autrefois médecins et sages femmes se servaient beaucoup d'ergot de seigle qui était passé dans la pratique habituelle des accoucheurs."

L'auteur rapporte quelques cas où l'administratien de seigle ergoté immédiatement après la sortie de l'enfant pour activer les contractions utérines avait tétanisé l'uterus, emprisonnant ainsi l'arrière-faix et amenant la mort.

Une deuxième cause d'intervention réside dans les adhérences partielles ou totales du placenta, incitant le praticien à exercer des tractions sur le cordon qui ouvrent les sinus et provoquent une hémorrhagie, surtout s'il y a inertie uterine consécutive.

Une troisième cause où la délivrance artificielle est d'urgence est la rupture utérine.

Une quatrième cause se rencontre dans le placenta prœvia et la déchirure du col.

En résumé : hémorragies, adhérences placentaires et emprisonnement du placenta constituent les trois grandes indications de la délivrance artificieile.

Manuel opératoire.—En premier lieu faire l'asepsie et l'antisepsie complètes des parties ; agir immédiatement s'il y a danger imminent ; placer la femme dans la position obstétricale (en travers du lit, le siège près du bord du matelas) s'il y a lieu ; donner le chloroforme si possible. On introduit alors la main antiseptisée et enduite de vaseline dans l'utérus en suivant le cordon.

"On place la main gauche, dit-il, sur la paroi abdominale dans le but de fixer le corps de l'utérus. Lorsque, avec la main droite, intérieurement, vous arriverez au niveau du placenta, la main gauche, extérieurement, maintiendra la paroi utérine, la fixera. Vous avez rencontré le placenta. Comment faites-vous pour le détacher? Vous vous servez de votre main comme d'un vrai couteau à papier que vous insinuez entre le paroi utérine et le placenta. Supposons que ce soit la main droite qui a été introduite et que le placenta occupe la partie postérieure de la cavité utérine. Dans ce cas, c'est le bord cubital de

la main que l'on passe entre le bord de l'utérus et le placenta qui sert de couteau à papier, en allant de gauche à droite, et sépare le dit placenta. Si, au contraire, le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus, c'est avec le bord radial de la main et en allant de gauche à droite que l'on procède à la séparation. Pour la main gauche le principe est le même, seulement on procède en sens inverse. Si le placenta est inséré dans le fond de l'utérus, on ne peut plus opérer le détachement avec le bord de la main ; mais on arrive au même résultat avec l'extrémité des doigts réunis et recourbés en crochet. On opère comme on le fait lorsqu'on veut séparer l'écorce d'une orange."

Lorsque le placenta est ainsi détaché, l'auteur recommande de s'assurer que la cavité utérine est libre en la parcourant dans toute son étendue et ne retirer sa main que lorsqu'on se sera assuré de la rétractiou de l'utérus. Il faudra examiner attentivement le placenta pour s'assurer qu'il est complet. On procède alors à un grand lavage au sublimé à 1 p. 4000, ensuite à 1 p. 8000 suivi d'une irrigation à l'eau boriquée chaude. Dans d'autres cas plus difficiles, on ne peut pas détacher le placenta, soit à cause de ses adhérences trop fortes, soit à cause de la fermeture du col ; il ne faut pas hésiter à faire la dilatation sous le chloroforme.

L'auteur se prononce contre l'emploi de la curette qui peut déchirer l'utérus, il vaut mieux, avec la main introduite dans l'utérus, procéder à la lacération des cotylédons, les déchirer autant que possible et faire ensuite des lavages très soigneux de l'utérus.

Il faudra éviter l'erreur de prendre pour un cotylédon la surface rugueuse de l'utérus à l'insertion du placenta, ou un fibrôme, etc. Si le placenta a subi un commencement d'injection, l'auteur conseille de faire de grands lavages intra-utérins, faire suivre d'un écouvillonnage avec vaseline créosotée et procéder au tamponnement avec la gaze iodoformée.

Suivant l'auteur le pronostic de la délivrance artificielle est bon depuis la période antiseptique. Sur les 39 cas observés par lui, une seule est morte subitement par embolie gazeuse à la suite de pénétration d'air dans les veines. "Néanmoins, dit l'auteur, on doit toujours faire des réserves et ne rien négliger pour se mettre dans les conditions les plus favorables de réussite."

J.-A. LESAGE.

Déchirure du périnée, par le professeur BUDIN, dans *Journal des Sages-femmes*, 1er mai 1901.

Après une description des organes externes l'auteur se demande quelle est la conduite à tenir lorsqu'il y a déchirure incomplète ou complète du périnée ?

Dans tout accouchement il faut toujours procéder à l'examen du périnée. Si la déchirure n'intéresse que le dernier, c'est peu grave, mais si le sphincter anal et la paroi vaginale sont intéressés, la chose est plus sérieuse.

Autrefois on laissait la réunion se faire seule, mais aujourd'hui les choses se passent autrement. Si la déchirure intéresse la périnée sur une étendue de un à deux centimètres, Budin conseille le serres-fines qui amènent une réunion complète après deux ou trois jours. Si la déchirure est plus étendue, il faut alors faire la suture ou le périnéorrhaphie.

On peut se servir d'une aiguille et d'un fil quelconque pourvu qu'ils soient aseptiques, on emploie généralement le crin de Florence *bouilli dans de l'eau contenant du sublimé*. Il est préférable de donner le chloroforme et avoir près de soi des curettes contenant une solution de sublimé.

On passe plusieurs fils en commençant par en bas et en remontant ; il faut avoir soin de prendre assez de tissus pour que les fils ne glissent pas. " Vous passez trois ou quatre fils, par exemple, et vous faites alors la réunion toujours en procédant de bas en haut. Le périné est ainsi reconstitué. S'il reste quelques parties béantes à la surface cutanée, vous faites de petites sutures superficielles. Dans le cas de déchirure du sphincter, il faut faire la plus grande attention pour placer le premier fil vers le sphincter.

Si le rectum et le vagin sont intéressés, on commence par suturer le vagin, puis le rectum, en employant de préférence le coatgut, pour terminer par le périné avec du crin de Florence ou tout autre fil.

" En faisant la suture du rectum, on s'arrange de manière à ce que les nœuds du coatgut soient dans l'intérieur du rectum, parce que l'élimination se fera ainsi plus facilement quand tout sera fini, tandis que si le nœud était en dehors du rectum, on s'exposerait à ce qu'il ne soit pas résorbé et produise peut-être une fistule. Pour la suture du vagin, on aura soin, pour les mêmes raisons, de mettre aussi le nœud dans l'intérieur du vagin."

Un lavage termine tout. En général, l'auteur conseille de ne faire soi-même les injections.

Il est important de donner des laxatifs aux femmes qui ont été opérées. Après six ou huit jours, on enlève les crins de Florence, ou un peu plus tôt si ce sont des fils de soie.

" Si vous suivez ces indications, dit le professeur Budin, vous n'aurez que des succès."

J.-A. LESAGE.

PÉDIATRIE

Accidents provoqués chez le nourrisson au sein par l'alcool qu'absorbe sa nourrice.—(*Gazette des Hôpitaux*, 12 mars 1901, Dr GUINOT).

L'auteur rappelle les liens étroits qui unissent la nourrice à l'enfant, et combien promptement réagit ce dernier lorsqu'un malaise quelconque vient affecter la première.

Ainsi, qu'une nourrice bien portante absorbe une certaine quantité de vins, liqueurs, bière, etc., et immédiatement le nourrisson va mal.

A ce propos, l'auteur rapporte une observation personnelle qui est instructive.

Il fut appelé une nuit auprès d'un enfant élevé en nourrice et jusque-là bien portant. En le mettant au lit le soir, l'enfant avait crié au point de se tordre en se renversant en arrière, etc. Après examen minutieux, on ne releva rien de spécial, pas de fièvre, etc. ; la nourrice se portait bien, comme d'habitude. L'enfant s'endormit bientôt, et, le lendemain, rien n'y paraissait.

Un mois après, il fut de nouveau appelé auprès du même nourrisson et pour les mêmes accidents.

Après enquête, le médecin apprit que la nourrice avait assisté à un grand dîner où elle avait bu du vin et même de l'eau-de-vie de marc. La cause était

trouvée. C'était l'alcool ingéré par la nourrice qui avait provoqué les convulsions chez l'enfant.

Même cause pour les accidents antérieurs. La nourrice avait pris du vin et de l'alcool dans une course qu'elle avait faite par un froid assez vif.

L'auteur rapporte un fait identique dû à Peter. La suppression de l'alcool chez la nourrice fit tout rentrer dans l'ordre. On conclut donc *à la suppression complète de l'alcool dans le régime des nourrices.*

Certes, une certaine dose n'influence pas toujours les nourrissons, mais comme cette dose peut varier à l'infini suivant les susceptibilités de la nourrice et de l'enfant, il vaut mieux s'abstenir complètement.

A coup sûr, une petite bouteille de bière par jour ne serait pas toxique pour l'enfant. Mais on augmente très vite la dose, sous prétexte qu'il n'y a pas de mal jusqu'à ce que l'enfant tombe en convulsions. Disons avec l'auteur : *Pas d'alcool avec les nourrices au sein.*

J. A. LeSage.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'hyperchlorhydrie, par Linossier, dans le *Journal des Patriciens.*

L'auteur passe en revue les différentes théories actuelles sur l'hyperchlorhydrie; on peut les résumer comme suit: la *théorie secrétoire* qui comporte une excitation anormale des nerfs sécréteurs; la *théorie anatomique* de Hayem dans laquelle il y aurait hypertrophie des cellules glandulaires à la suite d'une gastrite parenchymateuse hyperpepsique ; la *théorie mécanique* avec hyperchlorhydrie par retard de l'évacuation gastrique. Ce retard serait dû à un spasme du pylore par hyperacidité : enfin l'*hypéresthésie chlorhydrique.*

— Quoiqu'il en soit des théories de l'hyperchlorhydrie, l'auteur essaie d'atténuer chacune des causes qui peuvent irriter l'estomac par un traitement approprié.

Il neutralise l'excès d'acide par le bicarbonate de soude. Il faut cependant le donner à dose suffisante et tout à fait au début de la maladie. Il ajoute quelquefois d'autres médicaments qu'il combine ensemble dans la formule suivante:

Bicarbonate de soude..	20	grammes
Magnésie calcinée..	5	"
Sous-nitrate de bismuth..	2	"

Une ½ ou une cuillérée à café un peu avant l'apparition probable des malaises. Renouveler d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure jusqu'à la fin de la digestion. (1) Pour diminuer la secrétion gastrique il conseille

(1) A propos du *bicarbonate de soude,* dans une leçon récente faite à la Faculté de Médecine de Paris, M. le professeur Pouchet s'exprime comme suit :

" Vous savez qu'on prescrit le bicarbonate de soude dans l'hyperchlorhydrie. Evidemment, ce médicament réalise une neutralisation de l'acide chlorhydrique de l'estomac, mais cette neutralisation va donner lieu à un dégagement d'acide carbonique et à du chlorure de sodium qui va exciter l'estomac et déterminer une nouvelle production d'acide chlorhydrique. Voilà une action secondaire qui sera précisément une action inverse de celle qu'on veut exercer. L'emploi du bicarbonate de soude sera donc, dans certains cas, un procédé fâcheux. Le rôle neutralisant de ce sel est donc incontestable au point de vue chimique, mais pas au point de vue de son emploi thérapeutique."

l'atropine. Il donne dix gouttes de la solution suivante aux deux principaux repas, soit un milligramme par jour.

Eau distillée.. .. .. 50 grammes
Sulfate neutre d'atropine.. .. .. 0 gr. 05 centig.

Son action serait momentanée. Des doses plus élevées n'ont pas donné d'effet persistant. Le coq du levant, la morphine et le vératrum viride sont d'un emploi incertain.

Pour aider l'évacuation gastrique, il conseille le bicarbonate de soude dissous dans une infusion chaude. On sait que l'eau chaude est un antispasmodique bien connu.

Tout récemment, Cohnheim a proposé l'huile à la dose d'un verre à liqueur à chaque repas. On a aussi conseillé l'application sur l'épigastre d'une compresse humide recouverte de taffetas gommé et maintenue par un bandage de corps. L'auteur associe aussi quelquefois l'opium et la belladone.

Laudanum de Sydenham.. .. .. 10 grammes
Teinture de belladone.. .. .. 10 grammes

10 à 20 gouttes dans un verre d'eau au début de chaque repas.

Le médecin devra aussi tenir compte du terrain nerveux et arthritique sur lequel évolue cette maladie. Un régime alimentaire approprié et une hygiène bien comprise feront souvent mieux que le traitement médicamenteux.

Le même auteur, dans un travail publié dans la "Presse Médicale" 1901, n° 21, sur le *régime alimentaire des hyperchlorhydriques*, recherche quel est le régime alimentaire qui convient le mieux aux hyperchlorhydriques. S'inspirant des recherches faites antérieurement par les auteurs et se basant sur ses propres observations, il constate que d'une part, le régime végétarien, qui serait le plus propre à assurer le repos de l'estomac, laisse un résidu considérable non modifié dans l'estomac de ses malades. D'autre part, les albuminoïdes, notamment la viande, déterminent une excitation sécrétoire intense, mais ils possèdent la propriété de fixer l'acide chlorhydrique combiné, de sorte que si la quantité totale est augmentée, la quantité d'acide libre est moins forte; or, comme c'est ce dernier qui est le facteur principal de l'hyperchlorhydrie, il s'ensuit que les albuminoïdes peuvent restreindre les malaises. Mais il y aurait des inconvénients à exciter cette sécrétion par un usage constant de matières albuminoïdes. Néanmoins ils sont indiqués dans ces cas.

Les œufs sont moins excitants, mais le lait est, sans conteste, supérieur à tous les autres aliments, car il exerce une excitation très peu marquée et il fixe le mieux l'acide chlorhydrique libre à cause de la fine division de sa caséine. S'il donne lieu à des fermentations chez certains malades, il peut être remplacé par de la viande crue.

Les graisses exerceraient une action inhibitrice sur la secrétion gastrique. Cohnheim conseille l'usage de l'huile en nature chez certains malades atteints de sténose pylorique. Le beurre crû et la crême seraient également recommandables et au même titre.

J. A. LeSage.

PHARMACOLOGIE

RHINITE OU RHINO-PHARYNGITE (formules diverses).

Menthol . . . . . 1 gramme.
Lanoline } . . . . . .ââ 15 grammes.
Vaseline }

Ou bien :

Solol } . . . . . ââ og. 50 centigrammes.
Menthol }
Lanoline } . . . . . ââ 15 grammes.
Vaseline }

Où bien :

Menthol } . . . . . �og. 50 centigrammes.
Solol }
Chlorhydrate de cocaïne . . . . . og. 30 centigrammes.
Lanoline } . . . . ââ 15 grammes.
Vaseline }

On applique gros comme un pois de l'une de ces pommades. Chez le nouveau né on introduit dans les narines un peu d'huile mentholée à 1 p. 10.

En inhalations on peut conseiller le mélange suivant :

Teinture de benjoin . . . . . 90 grammes.
Chloroforme . . . . . xxv gouttes.

Une cuillerée à thé dans un demi-litre d'eau bouillante.

CONTRE L'OTITE AIGUE.

Gardez pendant dix minutes dans le conduit de l'oreille une des deux solutions suivantes :

Chlorhydrate de morphine . . . . . og. 10 centigrammes.
Eau de laurier-cerise. . . . . 5 grammes.
Eau distillée simple . . . . . 10 grammes.

Où bien :

Chlorhydrate de cocaïne . . . . . 1 gramme.
Extrait d'opium . . . . . og. 10 centigrammes.
Eau distillée simple . . . . . 10 grammes.

Lorsqu'il y a purulence, on fera bien d'instiller cinq à huit gouttes du mélange suivant :

Acide phénique . . . . . 1 gramme.
Glycerine neutre . . . . 10 grammes.

TRAITEMENT DE LA PELADE.

Après avoir coupé les cheveux ras on savonne et lave tous les jours avec :

Bichlorure de mercure . . . . . 0 g. 10 centrigrammes.
Acide ascétique . . . . . 1 gramme.
Alcool à 90 degrés . . . . . 100 grammes.
Ether } . . . . . ââ 50 grammes.
Alcoolat de lavande }

Plus tard on fait des lotions excitantes avec :

Ammoniaque	5 grammes.
Essences de thérébentine	25 grammes.
Alcool camphré	125 grammes.

Où bien :

Acide ascétique	1 à 5 grammes.
Chloral	5 grammes.
Ether	25 grammes.

POUDRE A PRISER CONTRE LE CORYZA.

I. Menthol	0 gr. 20 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 40 centigrammes.
Acide borique	8 grammes.
Salycilate de Bismuth	16 grammes.
II. Salol	2 grammes.
Benjoin	4 grammes.
Acide citrique	4 grammes.
Sucre de lait	10 grammes.

POMMADE GUYON.

Sublimé	0 gr. 02 centigrammes.
Eau	25 grammes.
Savon pulvérisé	50 grammes.
Glycerine	25 grammes.

Pour lubréfier les instruments de chirurgie : sondes urétrales, catheters elle est glissante, antiseptique et non irritante.

CONTRE L'APYREXIE.

Persulfate de soude	2 grammes.
Eau	300 grammes.

Une cuillerée à soupe une demi-heure avant les deux principaux repas.

Cessez au bout de six jours, même si on a obtenu un effet favorable. On recommence après une période de repos suffisante. En cas d'insuccès, cessez également.

D'autres malades se trouvent mieux de la solution suivante :

Métavanadate de soude	0g. 03 centigrammes
Eau distillée	150 grammes.

Une cuillerée à café durant quatre jours consécutivement une demi-heure aaant les deux principaux repas. (Robin).

BIBLIOGRAPHIE

Traité médico-chirurgical de Gynécologie; par F. LABADIE-LAGRAVE, médecin de la Charité, FÉLIX LEGUEU, chirurgien des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

La Gynécologie a conquis rapidement une place importante dans la pathologie ; chacune des phases qu'elle a traversées a marqué un progrès. A ses premières périodes, elle a gardé dans ses études et sa pratique un cavactère surtout médical. Ce sont des médecins qui ont ébauché les premières assises de la gynécologie. Puis survint la chirurgie antiseptique ; avec elle commence, pour la Gynécologie, une nouvelle phase, féconde en succès et en découvertes intéressantes, une phase que les chirurgiens français ont été les premiers à favoriser, et pendant laquelle ils n'ont cessé de maintenir au premier rang la reuommée de la chirurgie française. Dès lors, la Gynécologie devenait exclusivement chirurgicale,

Le médecin, cependant, ne peut se désintéresser des études gynécologiques ; c'est à lui qu'il appartient de faire souvent le premier diagnostic, de poser de bonne heure des indications thérapeutiques utiles. Alors même que l'intervention est réalisée, le rôle du médecin intervient encore pour compléter par une thérapeutique appropriée les résultats et les bénéfices de l'opération.

Ce traité médico-chirurgical de Gynécologie a pour but de caractériser cette union intime qui doit exister entre le médecin et le chirurgien.

La classification adoptée par les auteurs a pour base la pathologie générale.

Dans la partie qui a trait à la Thérapeutique générale, ils ont décrit dans des chapitres absolument nouveaux le *traitement hydrominéral*, le *traitement hydrothérapique* des *affections gynécologiques* et les médications nouvelles comme les *injections de solutions salines*, l'*opothérapie*, etc.

Plusieurs affections, jusqu'ici laissées au second plan, ont paru mériter une description spéciale.

Dans le groupe des infections, l'on a placé à côté de la blennorrhagie, l'infection puerpérale.

Enfin dans le groupe des tumeurs, des développements étendus ont été consacrés aux questions d'actualité.

Dans l'étude des opérations, les procédés les plus récents et les plus importants sont longuement exposés.

Enfin les auteurs ont apporté une attention spéciale à l'étude des *Relations pathologiques de l'appareil génital et de l'appareil urinaire.*

Bien que trois ans à peine se soient écoulés, de nombreuses modifications ont été cependant apportées à cette seconde édition.

Ainsi certains chapitres ont été complètement remaniés. Tels sont les chapitres qui ont trait aux *plaies de l'utérus*, aux *corps étrangers de l'utérus*, à la *tuberculose génitale*, aux *ovarites scléro-kystiques*, à la *torsion des salpingites*, aux *kystes tubo-ovariens*.

Dans le domaine chirurgical, les auteurs ont développé ce qui a trait aux opérations conservatrices, aux ligatures atrophiantes, à la méthode d'énucléation des myômes.

L'hystérectomie abdominale totale a pris dans cette édition une place prépondérante pour le traitement des salpingo-ovarites, du cancer et des fibrômes de l'utérus.

Un grand nombre de figures nouvelles ont été intercallées dans le texte.

Ainsi remanié et complété, le Traité médico-chirurgical de Gynécologie conserve son caractère primitif ; il reste un Traité à la fois didactique et pratique.

A. MARIEN.

AOUT 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.
455 — De la sortie compulsive, des asiles d'aliénés, des maniaques périodiques pendant les intermittences de la maladie..... .... *Villeneuve*
460 — Sur la période terminale de la paralysie générale... *Chagnon*
463 — La sphygmomanométrie clinique et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire..... .... *Mercier*
470 — Tuberculose et hérédité .... *Dubé*

REVUE GÉNÉRALE.

480 — Traitement du rhumatisme articulaire aigu ..... *Hervieux*
485 — Danger social de la syphilis..... ..... *Villeneuve*

SOCIÉTÉS.

493 — Société médico-psychologique de Québec, (séance du 27 juin 1901)
495 — L'Association médicale du district des Trois-Rivières.

ACTUALITÉS MÉDICALES.

497 — L'enseignement de la chimie dans les écoles de médecine..... .... *Daigle*

ANALYSES.

CHIRURGIE.

503 — Sur la réduction des factures .... *Marien*

MÉDECINE MENTALE

505 — Deux cas de folie gémellaire. .... *Chagnon*

OPHTALMOLOGIE.

505 — Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveaux nés..... *Boulet*

OBSTÉTRIQUE.

506 — Vagissements intra-utérins.
507 — Thérapeutique chez les nourrices dans ses rapports avec la sécrétion lactée..... *LeSage*

PÉDIATRIE

509 — Traitement de la gale chez l'enfant.
510 — Traitement des oxyures..... *LeSage*

THÉRAPEUTIQUE.

511 — Le chlorétone comme hypnotique chez les aliénés.

511 — Traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechisg *Chagnon*

512 — Douleurs d'origine gastique.—La levure de bière dans le diabète.—Traitement du tic douloureux de la face.—Influence de la forme d'administration des médicaments.—traitement de la cystite chronique par le gargarisme de l'urètre postérieur..... *LeSage*

PHARMACOLOGIE.

515 — Asthme (formulaire clinique) — migraine, etc., formules diverses.

BIBLIOGRAPHIE.

515 — La Goutte et le Rhumatisme.—L'Electricité et la Thérapeutique moderne.—Traitement rationnel de la Tuberculose pulmonaire et de ses modalités cliniques.—Comment on préserve l'œil du liseur de la myopie, de ses progrès, de ses complications.—Cours de Minéralogie Biologique, 3e série.—Traitement de la Tuberculose et des affections respiratoires chroniques par les Injections Trachéales.—Le 28e volume de la collection : Comment on se défend contre les maladies coloniales.—Les maladies qu'on soigne à Berck-sur-Mer.

MEMOIRES

DE LA SORTIE COMPULSIVE, DES ASILES D'ALIÉNÉS, DES MANIAQUES PÉRIODIQUES PENDANT LES INTERMITTENCES DE LA MALADIE (1)

Par le Dr GEO. VILLENEUVE

Professeur titulaire de Clinique des maladies mentales, et professeur adjoint de Médecine légale à l'Université Laval, Surintendant médical de l'Asile Saint-Jean de Dieu, Médecin consultant de l'Asile Saint-Benoit.

D'après notre loi provinciale concernant les aliénés et les asiles d'aliénés, " toute personne placée dans une asile d'aliénés cesse d'y être retenue, aussitôt que la guérison est constatée par le surintendant médical, et alors le surintendant médical doit donner l'ordre de la mettre en liberté."

Suivant cette clause, les individus ou corps constitués, tenus par la loi de payer les frais d'entretien d'un aliéné dans un asile peuvent-ils exiger le renvoi de cet aliéné, pendant ses intervalles lucides, lorsqu'il est atteint de manie périodique?

Je synthétise ainsi dans une question, une demande d'élargissement faite au Gouvernement, par une municipalité voisine de Montréal, au sujet d'un aliéné entretenu à ses frais, à l'asile St-Jean de Dieu. Le motif de cette demande ? Deux conseillers, s'étant rendus à l'asile St-Jean de Dieu pour s'enquérir de l'état du patient, avaient constaté qu'il causait raisonnablement et se rendait utile aux propriétaires comme cocher.

Conformément à l'usage, la requête du conseil municipal me fut réferée et motiva le rapport suivant. J'y discute un point de droit relatif à la sortie des aliénés, d'une application souvent difficile en pratique. Cette question est d'un intérêt majeur pour nous, qui sommes chargés d'administrer les asiles, mais elle a aussi une importance plus générale, au point de vue administratif. Sous ce double aspect, elle vaut la peine d'être étudiée. C'est ce qui m'a induit à vous soumettre mon rapport.

(1) Travail présenté à la Société Médico-Psychologique de la Province de Québec, le 27 juin 1901.

" En réponse à la consultation qui m'est demandée par l'envoi du dossier No 000, et qui a été provoquée par la lettre du secrétaire trésorier du comté d'Hochelaga, annexée au dossier, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport suivant:

A. B... est atteint de manie périodique.

Cette maladie est caractérisée, d'une façon générale, par l'apparition, chez un même sujet, d'accès de manie plus ou moins durables et séparés par des intervalles lucides plus ou moins prolongés. Les causes les plus légères peuvent présider au développement des accès; le plus souvent, la cause occasionnelle est à peine appréciable; souvent aussi, le sujet paraît faire lui-même les frais de la maladie et nulle cause provocatrice ne semble exister. L'invasion de l'accès est rapide et brusque et ne présente pas généralement de période prémonitoire; il atteint vite son plus grand degré d'acuité, auquel il se maintient pendant toute sa durée, pour décroître ensuite et disparaître comme il est venu, c'est-à-dire rapidement. Dans les intervalles des accès, le sujet reprend intégralement l'usage de ses facultés, du moins, dans les premiers temps de la maladie. Cette maladie, dans la périodique d'apparition des accès, est chronique et essentiellement incurable.

Dans le cas particulier du patient, la maladie date depuis au-delà vingt-cinq ans, puisqu'il a été interné dans l'ancien asile de St-Jean. Il a aussi fait plusieurs séjours à Beauport et a été enfermé plusieurs fois en prison, toujours à l'occasion de ses accès. Il est venu à l'asile St-Jean de Dieu, la première fois, le 4 août 1882 et il en est sorti le 12 décembre suivant. Il y est revenu le 6 octobre 1893 et en est parti sous congé le 20 novembre 1894; de retour le 16 avril 1895, il est reparti le 25 juillet 1898, pour être réadmis le 26 août de la même année.

Le patient A. B... a toujours été admis et réadmis à l'occasion d'accès et plusieurs accès sont éclos et ont évolué sous nos yeux, pendant ses différents séjours, en dehors de ceux qui avaient provoqué ses admissions et réadmissions. Ces accès ont toujours présenté le même aspect, celui d'une violente exaltation maniaque, survenant brusquement, sans cause aucune, atteignant en peu de temps une intensité de folie furieuse, pen-

dant laquelle le malade est notoirement méchant, fortement enclin à la violence et se sert d'un langage profondément immoral. A cette phase de la maladie, le patient A. B... doit être séparé des autres malades. Ces accès n'ont jamais eu rien de fixe, ni dans leur durée ni dans leur survenance.

A. B... relève actuellement d'un accès qui a duré deux mois et qui s'est manifesté sous la même forme de folie furieuse, avec immoralité transcendante dans ses discours.

Ainsi, le patient A. B... est atteint d'une maladie mentale chronique et incurable, et dont les accès peuvent, en toute occasion, devenir une source de scandale et une cause de danger, si on le laisse se manifester librement.

Mais le caractère propre de cette maladie, le plus important et celui qui soulève la contestation actuelle, est de n'apparaître que par accès, séparés par des intervalles lucides complets ou à peu près complets, sans que rien ne puisse nous autoriser à prévoir la durée de l'acès, ni à prédire l'époque de sa réapparition. C'est exactement cette périodicité infaillible des accès, leur retour fatal et l'incertitude de l'échéance, en face de la gravité de leurs manifestations, qui complique si fortement la question de sortie et, dans certains cas, la rend presqu'insoluble, parce que l'erreur peut résider autant dans l'affirmative que dans la négative. Ainsi, depuis que le patient A. B... nous est revenu en 1895, il a eu plusieurs accès dont j'ai été le témoin; il sort à peine d'un accès qui a duré deux mois; il est certain qu'il en aura d'autres. Mais quand? Est-ce dans deux semaines, dans deux mois, dans deux ans? Je n'en sais rien, mais ce que je sais sûrement, c'est qu'il en aura d'autres, et que ce peut-être tout aussi bien dans deux semaines, que dans deux mois ou dans deux ans.

Au point de vue particulier de l'intérêt des personnes responsables pécuniairement pour le séjour du patient A. B... à l'asile, la question que nous avons à nous poser est celle-ci: Doit-on le considérer comme guéri, après chaque accès, aux termes de l'article 3230 S. R. Q., et ses amendements et le congédier, dès qu'il redevient lucide, de manière à libérer les intéressés des charges de son entretien?

Dans un cas de manie périodique, maladie chronique et incurable, le mot guérison ne saurait être prononcé, l'état intervallaire n'est qu'un intervalle lucide, une intermittence ou une intermission, suivant sa durée, mais ce n'est jamais un retour définitif à la raison; ce n'est qu'une période d'attente d'un accès dont l'on peut prophétiser le retour. Répondre affirmativement à cette question, serait donc se mettre en contradiction flagrante avec les principes scientifiques les mieux établis. Tenter d'imposer cette solution à la généralité des cas, serait s'exposer dans la pratique aux plus graves déboires. Rien de ce que je connais des antécédents du patient A. B..., rien de ce que j'ai vu et entendu moi-même, ne m'autorise à penser qu'elle devrait lui être plus particulièrement appliquée.

Jusqu'à présent, j'ai suivi la ligne de conduite suivante vis-à-vis les malades de cette catégorie. Lorsque leurs accès sont rares et que des parents ou des amis désirent s'en charger et offrent des garanties suffisantes de réintégration, dès les premières manifestations d'une rechute, j'accorde une libération conditionnelle. Je laisse partir de même, sur leur propre demande, ceux de ces malades, dont les accès peu fréquents et plus bruyants que violents, m'inspirent pas de craintes sérieuses, lorsqu'ils peuvent s'employer utilement pendant les états intervallaires. Dans les mêmes conditions, j'exige la sortie de ces malades, pendant leurs intervalles lucides, lorsque les personnes tenues à leur entretien, par leur situation de fortune, peuvent exercer sur eux une surveillance efficace.

Lorsque personne ne se présente pour réclamer ces malades pendant les accalmies de leur affection et qu'ils sont eux-mêmes satisfaits de rester à l'asile, je ne crois pas devoir les congédier, dans la majorité des cas.

Après avoir été ballotté d'asile en asile et quelquefois, de prison en prison, le patient A. B... a fini par comprendre que l'asile était bien son seul et véritable refuge. C'est pour cette raison qu'il ne demande pas à en partir. Je ne puis me résoudre à l'en chasser, parce que je ne sais pas si, le lendemain de sa sortie, à quelque jour que je l'ordonne, il n'aura pas une attaque. Ce serait endosser une responsabilité directe très grave,

en vue des événements qui peuvent se produire. Je ne connais personne qui soit responsable de son entretien et à qui je puisse le confier.

Il est vrai de dire que nous employons le patient A. B... à des travaux utiles, pendant ses intervalles lucides, mais comme nous le faisons pour beaucoup d'autres malades, chaque fois que les circonstances s'y prêtent. Il est reconnu que le travail, lorsqu'il est possible, est un des meilleurs éléments du traitement des aliénés.

Il est évident aussi que si MM. D... et V... ont vu le patient A. B... pendant une intermission de sa maladie, ils ont pu avoir avec lui une conversation raisonnable au point de s'y méprendre totalement sur le caractère véritable de son affection.

Un malade comme le patient A. B... est une affliction pour un asile et les Révérendes Sœurs le verraient partir avec plaisir. Je n'ai jamais cru devoir demander son transfert, malgré leurs sollicitations et l'ennui qu'il me cause à moi-même, parce que je ne me reconnais pas le droit de me soustraire à mes obligations. Je ne crois pas, non plus, que les corps constitués puissent échapper aux leurs, pour des considérations d'ordre purement pécuniaire. Les principes humanitaires les plus élémentaires s'y opposent formellement.

SUR LA PÉRIODE TERMINALE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

Par E.-P. CHAGNON

Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame, Membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique de Paris, Membre honoraire de la Société de Médecine Mentale de Belgique, Membre actif de de l'American Medico-Psychological Association.

La paralysie générale suit-elle la marche que nous décrivent presque tous les auteurs classiques? Les paralytiques généraux finissent-ils leurs jours dans le marasme couverts d'eschares, et ayant subi la fonte paralytique ? Et doit-on considérer avec les auteurs, comme complications plutôt que comme symptômes, ces ictus qui se présentent si fréquemment dans cette maladie, et souvent la terminent ?

Nous avons eu occasion d'observer et suivre jusqu'à la mort 85 paralytiques généraux. Nous avons cru qu'il serait intéressant de vous rapporter la terminaison de leur maladie. A l'exemple de M. Arnaud de Vanves (2), nous les avons divisés en 3 groupes, à savoir: ceux que la mort a surpris lorsqu'ils étaient encore en pleine activité physique; ceux qui, quoique affaiblis, pouvaient encore circuler de leur lit à leur fauteuil ; et enfin ceux qui étaient tout à fait confinés à leur lit.

Nous avons pu inclure dans le 1er groupe, 40 paralytiques généraux, soit 47,05% du nombre total, chez qui la mort est survenue avant qu'ils fussent alités. Le 2e groupe comprend 21 paralytiques, soit 27,05%, qui étaient obligés de tenir soit le fauteuil, soit le lit; chez ceux-ci, pas d'eschares, des troubles trophiques dans certains cas. Notre troisième groupe, composé de 23 malades, 27,05%, se forme de ceux chez qui le séjour au lit s'était imposé depuis un temps variable; bon nombre de ces derniers ont présenté des eschares, mais seulement des es-

(1) Communication faite à la Société Médico-Psychologique de Québec, le 27 juin 1901.

(2) Société Médico-Psychologique de Paris.

chares superficielles, qui ont pu parfois guérir avant la mort. Un seul a présenté cette fonte paralytique décrite par les auteurs.

Si maintenant nous voulons considérer le mécanisme de la mort de ces 85 paralytiques, nous les diviserons encore en 3 groupes.

Ceux morts par ictus constituent notre premier groupe, ils sont au nombre de 27, soit 31.88% du nombre total. 26 sont morts d'une affection intercurrente, ce qui nous donnera 30.-58% pour notre 2e groupe. Le marasme, qui forme notre 3e groupe, compte 32 cas, soit 37.64%. Chez ceux-ci nous avons observé des eschares, mais superficielles, des eschares de décubitus, des eschares localisés aux points de frottement. Un seul malade a présenté, comme nous l'avons dit plus haut, la véritable fonte paralytique.

Les affections intercurrentes que nous avons observées sont celles-ci : troubles gastro-intestinaux pour huit cas, et broncho-pneumonie pour deux cas. Deux sont morts d'une affection cardiaque, et cinq de mort subite. Deux sont morts d'épuisement nerveux, un de gangrène traumatique, et enfin six de polynévrite infectieuse.

Nos 27 décès par ictus, soit cérébral, soit épileptique, sont survenus chez des malades vigoureux. Pour la plupart des cas, ce n'était pas une première attaque; au contraire, nous avons observé plusieurs attaques qui se renouvelaient périodiquement jusqu'à ce qu'une attaque isolée ou un état de mal emporta nos malades. Nous mentionnerons également que nos malades, morts dans le marasme, ont également présenté, pour un bon nombre, lorsqu'ils pouvaient circuler, cette même répétition d'ictus.

De ces données, nous nous croyons en droit de soumettre les conclusions suivantes:

1° La paralysie générale ne semblerait pas suivre le cycle régulier décrit par la plupart des auteurs classiques. En effet, près de la moitié de nos malades sont morts en pleine activité physique et plus des ⅔ n'ont pas atteint la période d'impotence absolue ;

2° Les paralytiques généraux présentent rarement cette fonte décrite par les auteurs; pour nous, nous n'en avons observé qu'un seul cas. Les eschares sont de même relativement rares, elle surviennent chez les malades alités aux points de contact;

3° Nous croyons que les ictus sont plutôt des symptômes que des complications de la maladie. En effet, le tiers de nos malades en sont morts, et nous les avons observés très souvent chez ceux qui sont morts d'affections intercurrentes ou dans le marasme.

LA SPHYGMOMANOMÉTRIE CLINIQUE ET LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par ALPHONSE MERCIER

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Parmi les moyens de diagnostic et de pronostic actuellement à la portée du médecin, la sphygmomanométrie ou mesure de la pression artérielle occupe aujourd'hui une place importante.

La détermination exacte de la pression artérielle chez l'homme est une acquisition relativement récente. Dès le lendemain de la découverte de Harvey, l'on s'occupa d'estimer la quantité de mouvement dont le liquide sanguin devait être animé dans les vaisseaux; mais si la physiologie, grâce surtout aux perfectionnements apportés aux procédés d'investigation par Ludwig, Marey, etc., faisait de rapides progrès et arrivait dans ces dernières années à se renseigner d'une façon précise sur la nature de la pression artérielle, ses éléments composants, ses lois, sa mesure exacte, les causes de ses variations, les rapports qu'elle affecte avec les différents phénomènes physiologiques, il n'en était pas de même en clinique.

On ne pouvait songer chez l'homme à introduire dans le courant circulatoire les hémodynamomètres employés en physiologie expérimentale, ces appareils par la mutilation qu'entraîne leur emploi étant inapplicables au malade.

Les appareils employés en clinique pour mesurer la tension de la radiale peuvent être rangés dans trois groupes distincts:

1° On s'adressa d'abord au sphygmographe du professeur Marey, pensant trouver dans les tracés recueillis avec cet appareil la mesure cherchée. Mais, de l'avis de son inventeur lui-même, c'était demander à cet instrument plus qu'il ne peut donner.

2° On chercha ensuite avec les sphygmomanomètres de Bloch, Chardin, Chéron, etc., à mesurer cette pression à l'aide

de poids ou de ressort d'une force connue. Bien qu'encore en usage, ces appareils ne peuvent en aucune façon renseigner d'une façon précise et leurs indications ne sont jamais qu'approximatives.

3° Les sphygmomanomètres de Basch, Potain, Philadelphine, Waldembourg, Riva-Roni, etc., constituent le troisième groupe. Le premier en date est celui du professeur Basch, de Vienne, à qui revient l'honneur d'avoir découvert le véritable principe de la sphygmomanométrie. Mais " de tous les appareils destinés à mesurer la pression de la radiale, le plus pratique en clinique et celui qui donne les chiffres les plus exacts est l'instrument de M. le professeur Potain." Telles sont les conclusions d'un intéressant travail dû à MM. Guillain et Vaschide et communiqué récemment à la société de Biologie de Paris.

Au reste le seul fait de voir un observateur d'une rigueur scientifique aussi incontestée que M. Potain, lui accorder sa confiance et s'en servir journellement dans son service pendant de longues années, est déjà une preuve suffisante de la valeur de cet instrument.

Sa précision, son maniement commode et facile, l'importance de ses indications en font un instrument presque indispensable, et très utile dans une foule d'états pathologiques.

I. — Les premières recherches faites à l'aide du sphygmomamètre eurent pour effet d'opérer un changement radical dans les idées que l'on se faisait jusqu'alors au sujet de la pathogénie et du traitement de l'insuffisance aortique. On croyait généralement qu'il y avait dans cette maladie une diminution de la pression sanguine et on en faisait découler tous les symptômes: pouls capillaire, crochet, etc. On en avait même déduit tout un ensemble de moyens thérapeutiques, parmi lesquels les toniques, les réconfortants, la digitale tenaient la plus grande place. Cette erreur avait pour elle un semblant de vérité puisqu'elle reposait sur l'observation des tracés sphygmographiques, dans lesquels on voulait alors retrouver la mesure de la tension sanguine. La question en était là quand M. Potain fit connaître au congrès de l'association française pour l'avan-

cement des sciences, tenu à Blois, les résultats auxquels il était arrivé avec son sphygmomanomètre. Ayant examiné la pression artérielle chez 15 cas d'insuffisance aortique pure ou compliquée, il trouva que dans la forme pure la pression sanguine était toujours au moins égale et souvent supérieure à la normale, et oscillait entre 16 et 25, la normale étant 16.

Dans la forme compliquée d'autres altérations valvulaires, la pression était toujours un peu au-dessous de la normale. Il restait à concilier cette augmentation de pression avec les symptômes cliniques de la maladie qui accusent toujours une pression artérielle insuffisante.

M. Potain trouva l'explication de cette contradiction apparente dans la résistance des vaisseaux périphériques. Tant que celle-ci existe, elle maintient la pression sanguine à un degré suffisant, mais la pression diminue ausitôt que la résistance périphérique fléchit.

Le fait a du reste été démontré expérimentalement et M. F. Frank en créant chez les animaux des lésions valvulaires aortiques a vu que le cœur, même en augmentant le nombre et l'énergie de ses battements, ne peut pas à lui seul maintenir la pression à son niveau normal. Il faut qu'il soit aidé par la circulation périphérique, par la contraction des capillaires.

Ces notions sont aujourd'hui classiques. Elles ont eu pour résultat de modifier d'une façon complète la règle de conduite à suivre en face d'un cas d'insuffisance aortique, et le grand mérite de restreindre dans une juste mesure les indications de la digitale, qu'on ne saurait donner avec assez de ménagements à ces malades.

II. — Les succès de la sphygmomanométrie ne devaient pas s'arrêter en si beau chemin. M. Potain et ses élèves continuèrent leurs recherches et se mirent systématiquemnt à étudir la pression artérielle de tous leurs malades. A leurs observations s'en ajoutèrent d'autres et bientôt la somme de renseignements ainsi obtenue devint considérable. Les limites de cet article ne nous permettent pas d'entrer dans le détail de ces études; qu'il nous suffise de dire que l'usage du sphygmomanomètre tend à se répandre de plus en plus et peut se montrer

d'une extrême utilité dans une foule de circonstances, plus particulièrement dans l'artério-sclérose commençante, dans les néphrites chroniques à évolution latente; dans l'éclampsie, et les suites de couches chez les cardiaques, dans la pneumonie, etc., etc. Dans tous ces états, tant au point de vue diagnostic que du pronostic, on aurait vraiment tort de se priver d'un moyen d'investigation si commode et précis.

III. — Il est cependant une maladie où l'étude de la pression artérielle présente plus d'intérêt que dans toutes les autres. Nous voulons parler de la tuberculose pulmonaire, laquelle s'accompagne toujours d'un abaissement notable de la tension sanguine.

Le fait est connu depuis longtemps et dès 1891, M. le docteur Marfan, dans un relevé de 100 malades, déclarait n'avoir trouvé que trois fois une pression normale ou presque et encore s'agissait-il dans ces trois cas de phtisiques âgés, manifestement artério-scléreux.

Tout récemment, M. Papillon dans sa thèse avouait avoir été frappé de la faiblesse relative de la pression artérielle dans les nombreuses observations de tuberculose pulmonaire recueillies depuis plusieurs années dans le service de son maître Potain.

En général, la pression chez ces malades varie de 15 à 10, et il ne faudrait pas croire que cette diminution soit due à l'usage des médicaments ou à la fièvre, qui abaisse la tension sanguine, car le phénomène s'observe indistinctement chez les tuberculeux apyrétiques ou fébriles, et chez les malades vierges de tout traitement.

Que la tuberculose en pleine évolution, arrivée à une période plus ou moins avancée, puisse modifier les conditions de la circulation et influencer la pression artérielle, rien d'étonnant à cela puisque l'hypotension appartient en propre à toutes les maladies cachectisantes, mais la question est tout autre, et si l'abaissement de la pression artérielle est un phénomène constant, c'est aussi un phénomène précoce, pouvant se reconnaitre dès le début de la maladie, avant même l'apparition des lésions pulmonaires et présentant par conséquent au point de

vue du traitement et de la prophylaxie de la tuberculose une importance symptomatique de tout premier ordre.

Dans ces dernières années, en face des progrès sans cesse grandissants de la tuberculose, les médecins de tous les pays ont réuni leurs efforts et repris pour ainsi dire en commun l'étude de cette terrible maladie. Convaincus que seule une intervention hâtive avait chance d'enrayer la marche du mal, on a surtout cherché, tout en donnant au traitement l'attention qu'il mérite, à établir un ensemble symptomatique capable de signaler la maladie à sa première apparition.

Au point de vue thérapeutique cette croisade a déjà donné les plus heureux résultats et l'on peut admettre que jamais la lutte contre la tuberculose n'a été mieux conduite, et avec plus de chance de succès qu'à l'heure actuelle.

La question du diagnostic a aussi fait des progrès considérables, et dans la majorité des cas de tuberculose pulmonaire, il est maintenant possible, grâce aux nombreux moyens d'investigation mis à notre portée, de poser un diagnostic très précoce et partant utile, car si la tuberculose est curable, si elle est même, de toutes les maladies chroniques, la plus curable, encore faut-il qu'elle soit reconnue à bonne heure, et le plus tôt possible.

L'examen direct du poumon, la recherche des signes stétoscopiques correspondant à la période de germination du professeur Grancher; l'étude attentive des symptômes généraux qui acompagnent d'ordinaire cette phase de germination: anémie, amaigrissement, fièvre, troubles gastriques, la détermination du coefficient d'élimination urinaire ; l'examen du sang ; les notions de contagion, les conditions de vie et de santé antérieures, les antécédents de famille, l'apparence extérieure du sujet, etc., telles sont à peu près les principales sources où le médecin doit puiser ses renseignements, et les motifs susceptibles de lui permettre d'affirmer son diagnostic.

Bien que l'importance de ces signes soit très inégale et qu'aucun d'eux soit assez caractéristique pour entraîner une certitude, ils n'en ont pas moins, quand ils sont réunis en nombre suffisant chez le même malade, une très grande valeur

au point de vue diagnostic et dispensent en tout cas de recourir à l'épreuve plus ou moins décisive de la tuberculine ou d'attendre comme on le faisait autrefois, la présence du bacille de Koch dans les crachats.

Mais, ces signes qui ne valent que par leur réunion, peuvent n'exister qu'en nombre insuffisant; plusieurs, et quelquefois les plus importants, peuvent manquer, et le diagnostic reste alors forcément incomplet, hésitant. Le fait n'a d'ailleurs pas lieu de surprendre si l'on considère la multiplicité et la variété de formes cliniques que peut revêtir, à ses débuts surtout, la tuberculose pulmonaire, tantôt ne se manifestant que par quelques symptômes incomplets, tantôt prenant le masque d'une affection aiguë des voies respiratoires, etc.

D'un autre côté, certaines affections absolument indépendantes de la tuberculose peuvent très bien simuler la phtisie et en imposer pour cette dernière, alors qu'en réalité, il s'agit de dilatation bronchique, de gommes syphilitiques, de néoplasme du poumon...

Les congestions pulmonaires des femmes neuro-arthritiques. signalées par le professeur Potain, exposent particulièrement à ce genre d'erreur, surtout quand elles siègent au sommet et s'accompagnent de quelques-uns des symptômes mentionnés plus haut.

En somme, si le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire est possible, exigible même dans la majorité des cas, nombreux sont encore les faits où le doute est permis et le médecin, si habile et attentif soit-il, est incapable de se prononcer d'une manière ferme. La difficulté existe si bien que certains cliniciens, et non des moindres, s'en sont prévalu pour tenter de légitimer l'emploi de la tuberculine; d'autres se contentés de proposer le sérum artificiel, l'iodure de potassium, pensant de cette façon pouvoir dans tous les cas résoudre le problme.

Nous n'avons pas à rappeler les avantages et les inconvénients de ces divers procédés, *qui ne trouvent leur application que dans certaines circonstances nettement déterminées.*

La mesure de la pression artérielle n'est pas passible des mêmes reproches, et peut suffire, dans les cas difficiles dont

nous parlions, à affermir un diagnostic, jusque-là hésitant. Elle peut même acquérir la valeur d'un signe pathognomonique, c'est du moins ce que semble indiquer la règle de conduite suivie par nos maîtres à l'hôpital de la Charité de Paris. Ainsi M. Potain avait l'habitude de considérer comme phtisique toute jeune fille chloro-anémique qui, sans offrir pourtant aucun signe bien net de tuberculose, accusait une diminution marquée de la pression artérielle. Les cas de pleurésies, et nous visons ici la pleurésie dite franche primitive, survenant en pleine santé, évoluant depuis leur début jusqu'à la fin comme la pleurésie la plus légitime, laissant même sortir le malade en apparence guéri, n'en étaient pas moins regardés par M. Potain, pour peu qu'il trouvât une faiblesse notable de la tension sanguine, comme des manifestations précoces d'une tuberculose pulmonaire jusque-là latente, ou bien comme une localisation primitive du bacille dans la plèvre.

Nous pourrions multiplier les exemples de ce genre. Etant donné la fréquence de ces faits et l'embarras du médecin appelé à se prononcer, on conçoit l'importance de la sphygmomanométrie, et la nécessité de s'en servir surtout chez les malades soupçonnés de tuberculose.

Un mot, avant de finir, au sujet de l'interprétation qu'il faut donner à l'abaissement de la pression artérielle dans la tuberculose pulmonaire précoce. Deux hypothèses sont en présence.

Dans la première l'abaissement de la tension sanguine ne serait qu'un effet de l'évolution tuberculeuse. Sous l'influence des toxines tuberculeuses, il se produit une atonie générale du système circulatoire, une action dépressive comparable à celle qu'on obtient avec l'injection de tuberculine. Cette dernière en effet, outre l'ascension thermique, fait toujours baisser considérablement la pression artérielle. L'action des toxines sur les vaisseaux est du reste un fait expérimental, et l'on sait que les matières microbiennes peuvent paralyser ou resserrer les capillaires, en agissant sur les nerfs vasomoteurs. La faiblesse de la pression sanguine en somme serait un symptôme de phtisie, un signe précoce de l'infection bacillaire commençante.

Dans l'autre hypothèse, l'abaissement de la pression artérielle serait antérieure à la maladie et le phénomène deviendrait ainsi un des éléments qui constituent la prédisposition. Toute séduisante qu'elle soit, cette opinion n'est encore que théorique mais elle n'en est pas moins intéressante et ne saurait manquer, en suscitant de nouvelles recherches, de donner une nouvelle importance à la question de la sphygmomanométrie.

TUBERCULOSE ET HÉRÉDITÉ (1)

Par J.-E. DUBE

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin des Hôpitaux.

Si vous consultez les auteurs vous verrez comme moi que sur la question d'hérédité pour la tuberculose il n'y a pas encore accord parfait et que bien des opinions sont émises.

Qu'est-ce d'abord que l'hérédité? Le Gendre dans le Traité de Pathologie générale en donne la définition suivante: L'hérédité est une loi de biologie générale qui régit les êtres les plus simples, les végétaux unicellulaires aussi bien que les animaux plus perfectionnés; d'ailleurs au point de vue philosophique, les êtres végétaux et animaux d'une organisation complexe n'étant que des associations de cellules, l'hérédité doit être étudiée dans l'histoire même de la cellule.

L'hérédité transmet la forme et la structure, la composition chimique et les propriétés anatomiques et physiologiques, leur manière de vivre ; il est d'observation aussi ancienne que la médecine qu'ils se transmettent également leurs manières d'être malades. Ainsi ajoute LeGendre, " nous concevons l'hérédité non seulement de la forme extérieure, de la constitution, du tempérament, mais de la diathèse et des maladies diathésiques, des maladies de la nutrition. Tout fonctionnement vicieux de la nutrition a pour effet d'encombrer l'organisme de substances chimiques anormales dont la présence, chez les enfants comme chez les parents, provoque des altérations des

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal. mai 1901.

tissus ou des modalités réactionnelles vicieuses, qui à la longue engendrent des maladies. Ce qui se transmet par l'hérédité, c'est surtout la prédisposition morbide; mais cette prédisposition peut affecter plus spécialement tel ou tel tissu, tel ou tel système, tel ou tel organe (dystrophies héréditaires).

Un groupe de maladies de plus en plus vaste comprend celles qui sont causées par des parasites végétaux ou animaux. Ces maladies parasitaires ou infectieuses sont-elles héréditaires? Il est certain qu'elles peuvent être congénitales; mais nous aurons à montrer qu'il y a lieu de distinguer entre l'hérédité de fécondation (infection *ab ovo*) et l'hérédo-contagion (infection *in utero*). S'il est prouvé qu'il ya des infections héréditaires *ab ovo*, le parasite est-il transmis en nature de l'ascendant au descendant? Nous verrons que la chose est exceptionnelle (hérédité de la graine, du germe infectieux). Elle n'a été vue que pour la fébrine du ver à soie. Mais on peut concevoir qu'une infection soit héréditaire *ab ovo*, sans que le parasite lui-même ait pénétré le spermatozoïde ou l'ovule; la maladie n'est pas seulement le microbe. Celui-ci, en traversant l'organisme, le lèse de diverses façons et l'inonde de poisons qui y causent des altérations de structure; il provoque par sa présence des modifications dans la vie des cellules. Cette modalité vitale peut être transmise héréditairement (hérédité de terrain) et constituer aux rejetons des organismes infectés et une aptitude à se laisser plus facilement infecter eux-mêmes, s'ils viennent à rencontrer les agents infectieux. On peut rapprocher très légitimement à ce point de vue les infections des intoxications. L'alcool, le plomb, comme d'autres poisons, peuvent passer exceptionnellement peut-être en matière du corps des parents, de la mère du moins, dans celui de l'enfant; mais, plus habituellement, ces poisons qui ont causé dans l'organisme des parents certaines altérations matérielles y ont aussi provoqué une perturbation dynamique, modification de la nutrition qui peut être reproduite chez les descendants. Cette modification de la nutrition de toutes les cellules et de leurs réactions peut avoir pour effet de rendre les descendants aptes à s'intoxiquer plus facilement encore que leurs parents par les poisons qui avaient

intoxiqué ceux-ci. Elle a pour conséquence aussi d'amoindrir leur résistance vitale à toutes les causes morbifiques."

Je vous demande pardon, messieurs, de cette longue citation, mais cette question si difficile y est si bien mise à point que je n'ai pu résister à la tentation de donner cette page en entier.

Le même auteur, à propos de l'hérédité et de la tuberculose, nous dit combien, à partir d'Hippocrate jusqu'au siècle dernier, les médecins et le public ne croyaient qu'à l'hérédité de la tuberculose. Il fallut que Villemin prouva la contagiosité de la tuberculose et que Koch en eut découvert le germe, pour qu'un nouveau facteur entrât en cause, c'est-à-dire la contagion. Actuellement comme le dit LeGendre, on est bien obligé d'accepter la réalité des deux facteurs. La discussion porte sur leur importance respective.

Qu'entend-on par transmission héréditaire? " Ce mot peut " être entendu comme synonyme de contagion héréditaire, " c'est-à-dire transmission du bacille de la mère au fœtus à tra- " vers le placenta, ou comme transmission d'une simple apti- " tude à se tuberculiser par contagion, lorsque l'occasion se " présentera."

Voici l'opinion de quelques auteurs, que je puise dans l'excellent travail de Le Gendre. Baumgarten, par exemple, croit que la contagion héréditaire est la règle, et que le fœtus d'une mère tuberculeuse contient dans l'intimité de ses tissus des germes qui peuvent y demeurer à l'état latent, jusqu'au jour où un affaiblissement de son organisme leur permettra de se développer. Pour Landouzy il s'agirait plutôt d'une transmission d'un état diathésique en vertu duquel les enfants de tuberculeux sont seulement candidats à la tuberculose.

" La transmission directe *in utero* du germe pathogène de la " mère au fœtus à travers le placenta, dont la réalité a été dé- " montrée à propos du charbon symptomatique de la bactéri- " die et du microbe du choléra des poules par les expériences " d'Arloing, Cornevine, Thomas, Straus et Chamberland, " Chambrelent a incité en 1883 Landouzy et H. Martin à insti- " tuer des expériences pour savoir si des fœtus nés de mère " phtisique, non tuberculeux macroscopiquement, peuvent par " inoculation donner la tuberculose à des cobayes."

Dans ces trois cas ils obtinrent des résultats positifs, c'est-à-dire que l'inoculation intra-péritonéale de fragments de viscères de fœtus de mères tuberculeuses, macroscopiquement sains, à des cobayes rendit ceux-ci tuberculeux au bout de quarante à cinquante jours. Charrin et Kalt obtinrent depuis des résultats pareils. En 1891 Birch-Hirschfeld et Schmorl obtinrent également l'infection tuberculeuse de cobayes avec des fragments de fœtus trouvés indemnes de tuberculose même au microscope.

Voilà messieurs des faits que citent avec raison les auteurs qui croient à l'hérédité de la tuberculose. " Mais la fréquence " relative de l'hérédo-tuberculose chez l'homme, comparée à " sa rareté chez les animaux, fournit à la fois la raison autant " qu'une nouvelle preuve de l'hérédité de contagion."

Un père tuberculeux peut-il transmettre la tuberculose au produit de conception? " Curt. Jani a constaté dès 1886 la " présence des bacilles de la tuberculose dans l'appareil génital " sain des tuberculeux pulmonaires. Il en conclut que dans la " majorité des cas des germes tuberculeux peuvent être trans- " mis à l'ovule par le sperme d'un phtisique." Mais l'ovule est-il véritablement infecté, et l'ovule infecté est-il capable de développement?... L'expérimentation seule pourrait le décider: si l'on réussissait à engendrer des petits tuberculeux après injection de sperme tuberculeux très frais d'un lapin dans le vagin d'une lapine, alors l'hérédité tuberculeuse de l'homme serait plus que probable.

Landouzy et Martin, en 1886, ont réussi à rendre tuberculeux le produit de conception de cobayes par la fécondation artificielle au moyen du sperme provenant de cobayes tuberculeux. M. Sanson a pu observer un troupeau de vaches saines et indemnes de tuberculose auxquelles on adjoignit des vaches et des taureaux de race étrangère. Peu d'années après ces dernières et même les taureaux moururent de tuberculose. Ces tauraux engendrèrent des produits qui moururent de tuberculose après quelque temps. Or le premier troupeau de vaches étant restées toutes sans exceptions indemnes, ce n'est pas d'elles que pouvait venir la tuberculose à laquelle ont succombé

leurs produits. Les auteurs citent l'exemple d'une femme indemne de tuberculose mariée deux fois. Avec le premier mari qui était tuberculeux elle eut des enfants qui moururent tous de tuberculose et avec le second très bien portant elle eut plusieurs enfants sains qui vécurent et ne présentèrent jamais de lésions tuberculeuses.

Landouzy y admet que, si les bacilles n'ont pas infecté eux-mêmes l'ovule, les toxines bacillaires, en faisant un milieu nocif aux spermatozoïdes, ont pu empêcher ceux-ci d'imprimer à l'ovule un développement normal. L'enfant issu de cet ovule fécondé par un spermatozoïde imprégné de tuberculine, nait rabougri, chétif, de faible poids, pour succomber en bas âge, sans grand appareil anatomopathologique, ni syndrôme éclatant, si bien que son décès est classé sous la rubrique: débilité congénitale. Il rapproche avec raison ce fait de débilité congénitale chez les enfants de tuberculeux, de celle des enfants de syphilitique, même exempts de syphilis, et de celle des enfants des intoxiqués par le plomb et l'alcool.

Voici maintenant ce que Graucher et Barbier écrivent sur l'hérédité dans la tuberculose pulmonaire : Elle comprend disent-ils l' " hérédité de la graine, hérédité parasitaire, et l'hé-" rédité du terrain, prédisposition à la maladie. Nous ne nous " occuperons d'abord que de l'hérédité parasitaire. Contraire-" ment à ce qui a été écrit tout récemment encore, et si on " prend soin d'écarter les phtisies soi-disant héréditaires, dues " à la contagion dans les familles de tuberculeux, on peut dire " que la tuberculose pulmonaire est exceptionnellement héré-" ditaire au sens strict du mot."

Pour ces auteurs, saûf les cas ou la mère présente des lésions tuberculeuses des organes génitaux, ou des organes voisins, il faut, pour que le baciile puisse passer de la mère au fœtus, que ce même bacille soit apporté au placenta par le sang maternel. Or il est reconnu que le sang d'un tuberculeux pulmonaire est très rarement infecté. " L'infection sanguine chez les tu-" berculeux non granuliques dit Graucher, est inconstante, " passagère, sauf les cas de rupture d'un foyer tuberculeux dans " les voies circulatoires; elle est due vraisemblablement à des

" leucocytes bacillifères issus des foyers tuberculeux, c'est-à-
" dire qu'elle est minime comme quantité, lorsqu'elle existe."

Il semble démontré que le bacille dans ce dernier cas pénètre dans le fœtus par la voie placentaire et que l'ovule n'est pas contaminée dans l'ovisac, ni dans la traversée de l'ovaire à l'utérus.

La fréquence de la transmission parasitaire peut s'apprécier par la fréquence de la tuberculose congénitale, et par celle de la tuberculose infantile.

La tuberculose congénitale caractérisée par l'existence de lésions caséeuses à la naissance est une rareté.

Kuss dans sa thèse a réuni 140 exemples, dont 40 environ dans l'espèce humaine. Mais il est reconnu aujourd'hui par nombre d'auteurs que le fœtus peut à la naisance être bacillisé sans que l'on s'en aperçoive à l'œil nu. Cette *latence du germe* n'est cependant pas acceptée par tous.

S'il était démontré que cette infection latente est fréquente, les partisans de l'hérédité y trouveraient un argument des plus sérieux contre les contagionnistes.

En résumé disent Grancher et Barbier: " les lésions congé-
" nitales tuberculeuses sont très rares chez les enfants de mère
" tuberculeuse, mais paraissent assez constantes dans les cas
" où la mère a succombé à une granulie dans le cours de sa
" grossesse."

" Comme on le voit, la question de l'hérédité de la graine a
" la naissance est fort complexe, non élucidée dans tous ses
" points, et elle ne saurait être comprise dans une de ces for-
" mules qu'on appelle pompeusement des lois."

Je puis dire, pour ma part, que je n'ai jamais rencontré de traces macroscopiques de tuberculose chez les tous jeunes enfants que j'ai autopsiés en grand nombre à la crèche de la maternité. Sur ces 300 nourrissons âgés de un jour à quelques semaines ou quelques mois pour quelques-uns, deux seulement présentèrent des lésions marquées de tuberculose généralisée, et tous deux avaient plus de deux mois.

Dans la tuberculose infantile il est moins facile de distinguer l'influence de l'hérédité que dans la tuberculose congénitale.

S'agit-il d'hérédité ou s'agit-il de contagion? Ce qu'il faut mettre en relief dit Grancher, c'est que les enfants nés des tuberculeux et restant dans ce milieux sont éminemmnt tuberculisables par contagion.

La statistique nous montre combien la tuberculose est rare avant trois mois. A partir de cette date elle devient de plus en plus fréquente.

Pour Grancher et Barbier la tuberculose héréditaire paternelle possible n'est pas démontrée.

Je vous demanderai maintenant la permission de résumer clairement les différentes opinions émises ci-dessus sur l'hérédité dans la tuberculose.

Il ne nous est plus permis de penser comme les vieux auteurs sur l'hérédité dans la tuberculose. Ils ont émi des opinions de fatalistes et ils en sont excusables puisqu'il ne connaissaient pas encore la contagion de cette maladie.

D'un autre côté faut-il nier toute influence héréditaire et voir partout de la contagion?

Quelle influence sur le produit de la conception peuvent avoir un père et une mère tuberculeux?

Qu'arrive-t-il si la mère seule est tuberculeuse?

Qu'arrive-t-il si le père seul est tuberculeux?

Prenons le cas où le père seul est tuberculeux. Les auteurs comme nous venons de le voir, ne croient pas beaucoup à la possibilité de la transmission de la tuberculose au fœtus par le sperme d'un tuberculeux, lors même que ce sperme comme il a été prouvé d'ailleurs, contiendrait des bacilles tuberculeux. Il y a bien des expériences tendant à démontrer que la chose est possible, celles de Landouzy par exemple, et des observations, celle de Sanson entre autres, rapportées plus haut qui parlent beaucoup en faveur d'une telle hypothèse.

Il est intéressant à ce propos de voir ce que pensent les auteurs de l'hérédité paternelle dans la syphilis qui est comme la tuberculose une maladie parasitaire contagieuse.

Les mêmes doutes ont exité, à propos du père syphilitique, mais aujourd'hui les preuves abondent en faveur de l'hérédité syphilitique paternelle. En effet: " 1° Les preuves directes

démontrent la syphilis chez l'enfant issu d'un père syphilitique et d'une mère saine; 2° il y a la fréquence excessive des avortements dans les ménages où le père seul est entaché de syphilis; 3° la tendance aux avortements cesse dans ces ménages dès que le traitement spécifique est institué; 4° enfin la syphilis importée dans le sein de la mère par un enfant héréditairement infecté par un père syphilitique est une autre preuve. Il existe cependant des faits qui prouvent que l'hérédité paternelle dans la syphilis est loin de s'exercer dans tous les cas, et cela sans que la clinique puisse l'expliquer. L'avenir prouvera-t-il que la tuberculose se comporte comme la syphilis? Nous ne le savons pas. Pour le moment les auteurs s'accordent pour reconnaître chez l'enfant engendré par un père tuberculeux certains caractères de déchéances et plus d'aptitudes à se tuberculiser.

Qu'arive-t-il si la mère seule est tuberculeuse?

Autrefois on enseignait que l'enfant né d'une mère semblable devait mourir de la même maladie. On n'est plus aussi sévère aujourd'hui, grâce toujours à la grande découverte de Villemin sur la contagion de la tuberculose.

Une mère tuberculeuse peut-elle donner naissance à un enfant tuberculeux dès le début. Oui, bien que l'on compte les observations authentiques! Et encore là, il s'agit bien plutôt d'une contagion intra-utérine ou hérédo-contagion et non de l'hérédité *ab ovo* c'est-à-dire infection de l'œuf au moment de la conception. En effet toutes les observations montrent des lésions tuberculeuses avancées du placenta. En présence de ces faits il faut reconnaître que les partisans de l'hérédité *ab ovo* ou hérédité de la graine, ont peu de preuves à l'appui de leur thèse. Aussi sont-ils obligés de se retrancher derrière la théorie de la *latence du germe!* Pour eux le fœtus peut naître d'une mère tuberculeuse sans présenter de traces macroscopiques et même microscopiques de tuberculose, mais il a tout de même au sein de ses tissus des bacilles, qui, plus ou moins longtemps après sa naissance et à la moindre occasion envahiront tout son organisme et amèneront sa mort par tuberculose. Ces auteurs n'ont pas de preuves assez évidentes pour convaincre leurs contra-

dicteurs. Tous les auteurs sont d'un autre côté parfaitement d'accord pour reconnaître chez l'enfant né d'une mère tuberculeuse, un taré et un prédisposé à cette même maladie qu'il contractera pour peu qu'il soit exposé à la contagion.

Pourquoi le public a-t-il toujours cru et croit-il encore à l'hérédité du germe tuberculeux? Le public est observateur et il voit trop souvent ces hécatombes dans les familles de tuberculeux. Pour lui ces enfants qui l'un après l'autre sont emportés par ce mal terrible, ont apporté en naissant la cause de leur mort. Ouand comprendra-t-il ce que c'est que la contagion? Alors, il pourra comme nous, expliquer ces morts autrement que par l'hérédité de la graine. En effet il n'existe guère d'endroit plus funeste que le milieu familial pour l'enfant qui vient de naître avec une prédisposition à la tuberculose dont souffre sa mère ou son père et peut-être les deux!

Nous savons, aujourd'hui, combien la cohabitation avec un tuberculeux qui expectore est chose dangereuse! Nous savons, à la suite d'expériences précieuses telles que celles de Grancher et Strauss, Codéac et Mallet, que le milieu ambiant est infecté soit par les bacilles qui sortent de la bouche du tuberculeux au moment où il parle, et surtout par les crachats desséchés et pulvérisés par un balayage intempestif ou des courants d'air. Cornil, Malassey et Vignal ont pu constater la virulence de crachats de tuberculeux putrifiés ou non, desséchés ou humides et expectorés depuis trois et six mois.

Voilà autant de chose qu'il faut apprendre au public avant qu'il veuille croire à la contagion de la tuberculose. C'est ce que les membres du Congrès de la tuberculose tenu à Ottawa dernièrement ont bien compris, puisqu'ils ont présenté plusieurs motions demandant de faire un enseignement pratique à cet effet aux enfants dans nos écoles. Voyez comme aujourd'hui, tout le monde connaît la contagion de la variole, de la scarlatine, etc.; il n'en a pas toujours été ainsi soyez-en certains; il a fallu des années pour en arriver là et si vous cherchez bien vous pourrez peut-être trouver encore quelques rares individus qui vous affirmeront qu'il n'y a pas de maladies contagieuses.

Il nous appartient de former l'opinion publique sur la tuberculose et sa contagion; nous devons nous constituer les propagateurs des grandes mesures d'hygiène les plus propres à enrayer les progrès de cette maladie. Secouons cette apathie et cette inactivité qui font de nous des coupables de lèse-médcine. Grâce à l'initiative d'un des membres de notre société, M. le docteur Lecavalier il s'est formé un comité de médecins chargés de voir à la création de sanatoriums pour les tuberculeux pauvres. Nous espérons que le congrès tuberculeux, qui doit avoir lieu tous les ans à Ottawa même, pourra exercer une pression assez forte sur les députés d'en face, pour leur arracher des lois d'hygiène capables de faire respecter notre pays dans le conseil des nations civilisées, où il est en baisse en questions de sciences et d'hygiène.

Le monstre de l'alcoolisme et la lutte à entreprendre contre les ravages qu'il fait au pays; les logements insalubres et leurs conséquences graves au point de vue de la santé des gens qui les habitent, voilà des questions qui se rattachent à la prophylaxie de la tuberculose chez nous. Espérons qu'avant longtemps nous combattrons l'alcoolisme comme on le fait en France et que nous prendrons exemple sur Londres pour mieux travailler à faire disparaître de nos villes les habitations insalubres, véritable four à tuberculose.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Il est peu important de s'appuyer sur les connaissances que nous avons de la nature du rhumatisme articulaire aigü pour en établir le traitement.

Les théories sur sa nature sont au nombre de quatre; 1° La doctrine embolique (Pfufer, Hueter, Notop): l'endocardite serait toujours primitive et les inflammations des articulations dépendraient d'embolies se produisant dans les vaisseaux des séreuses articulaires, l'embolie provenant des valvules malades qui laisseraient se détacher des particules solides de leur surface altérée;

2° La doctrine infectieuse (Klebs) est analogue à la précédente : l'embolus ne viendrait plus des valvules du cœur mais résulterait de la pénétration dans le sang de ferments figurés, et la pénétration de ces germes se ferait par les orifices de la peau dilatés par la sueur. Les nouvelles conceptions en microbiologie n'ont plus besoin de ces explications de mode de pénétration qui paraissent un peu surannées;

3° La doctrine névropathique (Heymann) expliquerait la lésion rhumatismale par la production des arthrites sous l'influence des lésions du système nerveux.

Le froid, dans cette théorie, agirait sur les centres nerveux et déterminerait des modifications dans les centres trophiques qui président aux articulations;

4° Enfin la théorie humorale (Richardson, Rauch) qui établit deux hypothèses. Dans l'une c'est l'acide urique qui domine, ce qui rapprocherait le rhumatisme de la goutte. Dans l'autre ce serait l'acide lactique qui serait l'agent.

En laissant de côté les théories sur la nature du rhumatisme articulaire aigü nous dirons que cette maladie est une des trop rares affections contre laquelle on peut employer un agent spécifique.

Le salicylate de soude, en effet, peut être considéré comme un véritable spécifique et quand il échoue c'est qu'il est trop ménagé ou que l'on a affaire à un pseudo-rhumatisme infectieux, v. g. rhumatisme gonococcique, et ces infections sont effectivement rebelles au traitement salicylé.

C'est Stricker en 1876 qui appliqua le premier la médication salicylée au moyen de l'acide salicylique. En 1877, G. Sée, reconnaissant l'action irritante de l'acide salicylique, le remplaça par le salicylate de soude et c'est lui qui fut le véritable vulgarisateur de cette méthode de traitement du rhumatisme articulaire aigü par le salicylate de soude.

Le principal danger du rhumatisme articulaire aigü se trouve dans les complications endo-péricardiques. Ces complications beaucoup moins fréquentes depuis l'application du traitement salicylé, sont encore trop communes; on les observe principalement dans les classes pauvres, parce que ces malades se font soigner généralement trop tard, alors que les complications du côté des membranes séreuses sont constituées. Il y a peu de doute que ces endocardites peuvent être évitées si le rhumatisme est combattu à temps.

Nous avons donc tout intérêt à instituer le traitement salicylé du rhumatisme articulaire aigü dès le début des douleurs articulaires. Chez les enfants le traitement sera encore plus précoce que chez l'adulte, les complications cardiaques étant pour ainsi dire la règle chez eux, quelle que soit du reste l'intensité de l'attaque du rhumatisme.

Donc dans tous les cas, il faudra commencer l'administration du salicylate de soude de bonne heure. Il y a cependant encore une autre condition au succès du traitement, c'est d'administrer le médicament d'emblée à forte dose.

Dans les cas de forte attaque de rhumatisme chez l'adulte avec fièvre intense il faudra donner deux drachmes de salicylate de soude par 24 heures.

Le salicylate de soude se prescrit en solution aqueuse ou dans un sirop, ou encore dans la bière amère. Les doses seront fractionnées de manière à faire prendre au malade 15 grains de salicylate de soude à toutes les deux heures.

L'intolérance pour le salicylate se manifeste, par des nausées, des vomissemets, des vertiges, des troubles visuels, parfois des troubles cardiaques pouvant amener une syncope. Exceptionnellement l'on a observé des troubles mentaux, délire paisible d'abord puis de plus en plus violent. Le salicylate de soude congestionne les reins, il peut déterminer des accidents toujours graves, en s'accumulant, si le rein n'est pas perméable. Aussi avant d'en décider l'administration, il faut de toute nécesité, s'assurer de la perméabilité rénale.

La présence de l'albumine dans l'urine n'est pas une contre indication absolue à l'emploi du salicylate de soude. Le traitement salicylé est contre-indiqué dans l'albuminurie de la néphrite chronique, mais l'albuminurie essentiellement liée au rhumatisme ne doit pas constituer une contre indication.

Dans les formes de rhumatisme très aigües, très graves avec fièvre intense, il y a toujours présence d'albumine dans les urines et c'est cependant dans les attaques graves que le traitement salicylé réussit le mieux.

Les bourdonnements d'oreilles et troubles de l'acuité auditive sont fréquents avec les hautes doses de salicylate de soude mais ils disparaissent rapidement lorsqu'on cesse l'administration du médicament.

La médication salicylée sera, en somme la médication de choix chez les gens jeunes, en bonne santé d'ailleurs, mais restera contre indiquée chez les individus âgés et plus particulièrement chez les brightiques, les cardiaques, les artério-scléreux, les alcooliques invétérés, les femmes enceintes.

Si nous étudions maintenant dans ses détails l'effet thérapeutique du salicylate de soude nous trouvons que son action est immédiate ; la température s'abaisse dès les premières doses, mais si l'on cesse trop tôt son emploi, une rechute se produit ordinairement. L'on continuera donc durant quinze jours le traitement salicylé, si l'on veut des effets durables. Il n'est pas

nécessaire cependant de donner tout le temps des doses aussi élvées, dès que les premiers effets bienfaisants se seront fait sentir, l'on pourra diminuer d'une dose à tous les deux jours.

Les enfants supportent bien le salicylate de soude à cause justement du parfait état du filtre rénal qui permet une élimination rapide. L'on administrera à un enfant au-dessous de 6 ans, 30 à 45 grains par 24 heures ; de 6 à 10 ans, 40 à 60 grains ; au-dessus de cet âge la dose quotidienne sera de 60 à 75 grains.

Ce traitement combiné à la diète lactée et à l'administration de l'eau de Vichy comme boisson, constitue ce que l'on pourrait appeler le traitement spécifique du rhumatisme articulaire aigü franc.

Le traitement local consiste à faire de l'immobilisation durant la période des grandes douleurs et l'enveloppement avec de l'ouate des articulations atteintes. L'on peut se contenter de cet enveloppement simple ou encore appliquer un liniment calmant quelconque. Ce n'est pas qu'il y ait beaucoup d'effets à attendre de l'application d'un liniment, mais cela fait prendre patience au malade et donne le temps à la médication interne de produire ses effets. Lorsque la fièvre a disparu ainsi que le gonflement l'on doit faire disparaître les raideurs articulaires par le massage péri-articulaire, la compression viendra à bout des épanchements récalcitrants. Les bains de vapeur, les bains sulfureux aideront à condition de n'être pas trop rapprochés de la période aiguë. L'iodure de potassium sera administré quand persisteront des craquements articulaires. Le médicament que nous placerions au second rang dans le traitement du rhumatisme aigü c'est le *salophène*.

Quelquefois pour une raison ou pour une autre, il est impossible de recourir au salicylate de soude, le salophène peut être accepté, et l'on doit alors l'administrer en toute confiance puisqu'il se dédouble en libérant le salicylate de soude dans l'économie et qu'il agit par ce sel.

Le salophène s'administre à la dose quotidienne de 40 à 60 grains.

Le sulfate de quinine a été longtemps le seul médicament employé contre le rhumatisme articulaire aigü. La quinine à

haute dose fait baisser rapidement la fièvre, mais son action sur l'élément douleur est passablement illusoire et le plus souvent avec le sulfate de quinine le rhumatisme traîne en longueur.

Ls alcalins à hautes doses ont été recommandés par nombre de médecins célèbres. Garrod affirmait que le traitement alcalin prévenait les complications cardiaques. M. Bouchard associe le bicarbonate de soude (2½ drachmes par jour) au salicylate.

L'antipyrine est un médicament qui donne de bons résultats dans le traitement articulaire aigü. En 1887, G. Sée soutenait que l'antipyrine peut soutenir la comparaison avec le salicylate de soude. L'antipyrine calme bien les douleurs, abaisse la température, mais n'a pas sur l'infection rhumatismale l'action spécifique du salicylate de soude. Les doses élevées d'antipyrine qu'il faut prescrire souvent ne sont pas mieux supportées que le salicylate; on la donne à la dose quotidienne de 45 à 60 grains.

Le benzoate de soude, le salol, la salipyrine, le chlorhydrate de phénocolle, sont aussi des médicaments qui ont été employés et vantés par plusieurs médecins dans le traitement du rhumatisme articulaire, mais, en somme, ces médicaments n'ont pas l'importance thérapeutique des précédents.

Les complications qui peuvent survenir au cours d'une attaque de rhumatisme aigü, (beaucoup moins ordinaires qu'autrefois cependant) sont le *rhumatisme cérébral* qui sera traité par la méthode des bains froids. Cette méthode est réellement toute puissante contre cette complication.

Les complications endo-péricardiques peuvent la plupart du temps être évitées, si le traitement salicylé est commencé assez tôt.

Les complications pleuro-pulmonaires, malgré leurs allures bruyantes sont en général bénignes et cèdent rapidement au traitement salicylé.

Les complications rénales avec néphrite caractérisée sont rares; le traitement habituel des néphrites aiguës leur sera appliqué.

H. HERVIEUX.

DANGER SOCIAL DE LA SYPHILIS (1)

La syphilis constitue un danger social à quatre points de vue principaux. Elle constitue un danger social: 1° De par les dommages individuels; 2° de par les dommages collectifs qu'elle inflige à la famille; 3° de par les conséquences héréditaires qu'elle comporte, notamment, de par l'effroyable mortalité dont elle menace les enfants; 4° de par les dégénéressences, l'abâtardissement qu'elle peut imprimer à l'espèce. Chacune de ces propositions exige ses preuves et ces preuves les voici:

I. — Dommages individuels.

Au point de vue pronostique les manifestations multiples et diverses de la syphilis se divisent naturellement en deux grands groupes.

Les unes ne sont que bénignes ou relativement bénignes, tout au moins superficielles et passagères.

Les autres au contraire, sont toujours plus ou moins importantes. Elles intéressent profondément les tissus, elles sont parenchymateuses, destructives, en un mot.

De ces manifestations, celles du premier groupe relèvent de ce qu'on appelle la période secondaire, et celles du second comprend le tertiairisme.

Relativemnt au tertiairisme, qui comprend la quasi-totalité des dommages individuels de la syphilis, deux questions se présentent à envisager, à savoir: 1° Quelle est la fréquence des éventualités tertiaires de toutes formes et de toutes échéances?

2° Quels sont ces accidents, dits tertiaires, et, notamment, quelle est la fréquence des plus menaçants, des plus graves?

1° La fréquence, l'excessive fréquence du tertiairisme dans notre société est un fait incontestable, incontesté d'ailleurs. Déterminer de quelle proportion de fréquence la syphilis aboutit au tertiairisme est un problème actuellement non résolu,

(1) Analyse d'un travail complet publié par le Professeur Fournier, en 1899, dans les *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale.*

voire, peut-être à jamais insoluble. Avons-nous en effet la possibilité de suivre nos malades à perpétuité? Le tertiairisme est plus ou moins commun, suivant diverses conditions: prédisposition héréditaire ou acquise, âge, tempérament, santé, antérieure, etc. Nous sommes en mesure d'affirmer ceci: que le tertiairisme est absolument commun, presque fatal, chez les sujets qui se traitent incomplètement ou ne se traitent pas du tout.

2° A cette double question va répondre la statistique suivante, dressée sur un nombre de 4400 malades (4000 hommes et 400 femmes, enfants inclus) qu'il m'a été donné d'observer personnellement et dans ma clientèle de ville (4400 est le nombre des malades, 5749 est le chiffre des accidents, souvent multiples, présentés par les malades).

Syphilides tertiaires	1451
Gommes sous-cutanées	204
Lésions tertiaires des organes génitaux	271
" de la langue	262
" du palais et voile du palais	215
" du pharynx	94
" des lèvres	42
" des amygdales	12
" intéressant toute la gorge	11
" de la pituitaire	5
" osseuses	519
" du squelette nasal et du palais osseux	229
Arthropathies tertiaires	22
Gommes tendineuses	3
" musculaires	16
Lésions du tube digestif (œsophage à rectum)	8
" ano-rectales	13
" du larynx et de la trachée	32
" du poumon	23
" du cœur	6
" de l'aorte et des artères	13
" du foie	9
" des reins	31
" du testicule	245
" de l'œil	110
" de l'oreille	24
" des artères	3
Syphilis du cerveau	758
Accidents cérébraux-spinaux	29
Monoplégies	6
Syphilis de la moëlle	135
Tabès	631
" cérébro-spinal	45
Névrites et atrophies musculaires	24
Paralysie générale	83
" oculaires	110
Hémiplégie faciale	23
Affections osseuses diverses	13
Localisations diverses	19
	5749

Après la peau, c'est le cerveau qui est le plus fréquemment touché par la syphilis.

D'autre part, aux accidents cérébraux proprement dits, ajoutons maintenant ceux qui intéressent la moelle et les nerfs (craniens et rachidiens).

Le total sera supérieur, et de beaucoup à celui des localisations cutanées. Précisons: il sera de 1857, alors que celui des syphilides tertiaires ne s'élève qu'à 1451. De sorte qu'en définitive, de par une statistique dont les éléments ne sauraient être suspects, le système nerveux est la victime préférée du tertiairisme.

Sur les 743 cas de syphilis cérébrale observés par moi, je reste en possession de 354 cas à terminaisons connues.

1° Soixante-dix-neuf des malades en question ont guéri; 2° Soixante-six, sont morts; 3° Deux cent-neuf ont survécu, mais avec des infirmités diverses, souvent importantes et graves, en tout cas irrémédiables, intéressant soit la motilité, soit l'intelligence, soit la motilité et l'intelligence à la fois.

Une seconde considération bien faite encore pour assombrir le pronostic en question résulte des affections dites parasyphilitiques, qui sont les conséquences de la syphilis, sans être syphilitiques autrement que d'origine, et cela pour trois raisons, à savoir:

1° Fréquence des affections parasyphilitiques (631 cas sur 4400 maldes);

2° Gravité propre de la plupart de ces affections parasyphilitiques (tabès, paralysie générale);

3° Faillite du traitement spécifique vis-à-vis de ces affections d'ordre parasyphilitiques (tabès et paralysie générale).

II. — Dangers intéressant la famille.

Relativement à la famille, le danger social de la syphilis réside en ces trois points: contamination de la femme; désunion, voire dissolution du mariage; ruine matérielle de la famille par incapacité de son chef.

La femme mariée est-elle souvent contaminée dans le mariage: dans la clientèle de ville sur 100 femmes syphilitiques, j'en ai trouvé 81 appartenant à la catégorie des irrégulières, et 19 appartenant à la catégorie des femmes mariées ayant reçu la syphilis de leurs maris.

C'est-à-dire, une femme mariée sur 5 femmes syphilitiques de tout ordre, une femme sur cinq conjugalement contaminées!

III. — Conséquences héréditaires.

Conséquences héréditaires, voilà par excellence le danger social de la syphilis. Son influence héréditaire peut être contrebalancée, amoindrie, voire annihilée par le traitement spécifique. Mais insuffisamment traitée, ou, à *fortiori*, abandonnée à son évolution propre la syphilis se montre singulièrement nocive pour les jeunes, nocive de bien des façons et bien souvent aussi nocive jusqu'à la mort. On a dit qu'elle tuait les jeunes par hécatombes, et ce mot n'a rien d'exagéré.

Elle les tue dès les premiers mois de la grossesse, de là " l'avortement syphilitique ", célèbre par sa fréquence.

Elle les tue souvent aussi à une époque plus avancée de la grossesse, à savoir dans les derniers mois de la gestation. De là l'acouchement prématuré, encore éminemment commun.

Elle les tue à leur naissance. Que d'enfants hérédo-syphilitiques ne voient le jour que pour mourir après quelques heures.

Elle les tue, et cela avec une fréquence connue de tous, dans leurs premières semaines (40 p. 100).

D'autres fois encore, elle laisse vivre un certain temps, quelques années par exemple, voire jusqu'à la seconde enfance, voire jusqu'à l'adolescence, pour les tuer à long terme, par quelque lésion relevant de ce qu'on a appelé la syphilis héréditaire tardive, infinitivement plus commune qu'on ne le croit généralement.

Très fréquemment cette action meurtrière de la syphilis se poursuit, s'entretient, se continue sur toute une série de grossesses. Aussi bien la syphilis aboutit-elle à anéantir en germe la postérité de certaines familles, si bien que la polymortalité

des germes dans une famille est devenue de nos jours un signe usuel pour le diagnostic de l'hérédo-syphilis.

Cette nocivité héréditaire de la syphilis est variable d'intensité :

1° Quant à la provenance ; l'hérédité paternelle est celle qui se traduit par la mortalité moindre (28 p. 100) ; l'hérédité maternelle infiniment plus dangereuse (60 p. 100) ; enfin l'hérédité mixte est celle qui fournit le maximum (68 p. 100).

2° Suivant les milieux sociaux. En ville la mortalité varie de 60 à 61 p. 100, à l'hôpital je l'ai vue s'élever jusqu'à 84 p. 100.

3° Suivant l'âge de la syphilis. Elle atteint son maximum dans les trois premières années de la maladie pour décroître au-delà : 90 femmes, contagionnées par leurs maris sont devenues enceintes dans la première année de leur syphilis ; 50 grossesses se sont terminées par avortement ou expulsion d'enfants morts-nés, 38 par naissance d'enfants qui se sont rapidement éteints ; et 2 seulement par naissance d'enfants qui ont survécu. Cette première année de l'infection est donc l'année terrible au point de vue de l'hérédité.

4° Dystrophies et dégénérescences hérédo-syphilitiques.

Ces tares héréditaires de la syphilis qui n'affectent pas la mortalité syphilitique vraie, qui ne sont pas syphilitiques à proprement parler, revêtent le caractère de manifestations distrophiques.

Les dystrophies d'origine syphilitiques, il faudrait un volume pour les décrire. Elles consistent presque toutes sous des formes variées à l'infini en des défaillances natives du développement, aboutissant à des imperfections, à des incorrections organiques, à des formations enrayées ou défectueuses, à des déviations de types, etc. Voire, dans leur degré le plus élevé à des monstruosités véritables. Elles réalisent pour l'individu, à des degrés naturellement très divers, des raisons de déchéance, d'infériorisation, de dégénérescence, par exemple vorton syphilitique qui ne survit que quelques heures ou quelques jours, l'enfant valétudinaire, l'infantile, le rachitique, les infirmes de l'intelligence qu'on appelle des arriérés, des

simples, des bornés, déséquilibrés, des imbéciles, des idiots, les infirmes du système nerveux qui naissent ou deviennent des hydrocéphales, des névropathes, des névrosés, des hystériques, des neurasthéniques, des épileptiques, des sourds-muets, etc.;

5° Quelle sera la descendance de ces sujets ainsi dystrophiés?

Dans certains cas la dite descendance n'existera pas, la stérilité, en effet, est le résultat forcé de certaines dystrophies.

Quand elle existera elle pourra être normale et indemne de tares héréditaires. C'est même là je crois le fait usuel. Mais il est non moins avéré que les enfants des hérédo-syphilitiques peuvent porter l'empreinte de leur tare originelle.

A la façon de la syphilis, l'hérédo-syphilis peut réagir sur le fœtus de la façon la plus nocive. Elle constitue très certainement une prédisposition à l'avortement, comme à la naissance d'enfants morts, dus ou destinés à une mort rapide.

Sur 81 grossesses survenues dans des ménages ou l'un des conjoints était entaché d'hérédo-syphilis, j'aboutis en chiffres ronds au percentage de 50 p. 100 d'avortements ou d'accouchements prématurés.

La société a-t-elle le droit, voire l'obligation, de se défendre contre la syphilis par des mesures de prophylaxie publique?

Il ressort de la statistique dressée sur un total de 11000 cas observés par moi (10000 hommes et 1000 femmes).

1° Que les grosses poussées de la contamination syphilitique se produisent: Par l'homme, entre vingt et vingt-six ans; pour la femme entre dix-huit et vingt-et-un ans;

2° Que le summum, le gastigium de fréquence des contaminations syphilitiques répond pour l'homme à la vingt-troisième année; pour la femme, à la vingtième année.

Relativement aux contagions survenues avant la vingtième année, sur 100 hommes qui contractent la syphilis, il y en a 8 qui la contractent avant la vingtième année; et, sur 100 femmes qui contractent la syphilis il en est 20 qui la contractent avant leur vingtième année.

A cet âge la syphilis se prend le plus inconsciemment du

monde, en pleine ignorance de tout, ou, tout au moins, sans la moindre préoccupation du danger couru. Ne serait-il pas charitable de s'efforcer, par un moyen quelconque, à protéger ces tout jeunes êtres, presque ces enfants, par cela même qu'ils sont incapables de se protéger eux-mêmes.

A la vérité on nous objecte ceci:

Mais cette protection que vous réclamez n'ira pas aux gens que vous voudriez et que nous voudrions, nous-mêmes, sauvegarder.

En s'exerçant par l'action publique sur le seul milieu qu'elle puisse atteindre, à savoir sur les prostituées, elle ne profitera qu'au public peu intéressant des gens qui les fréquentent, c'est-à-dire à la clientèle des maisons publiques, aux habitués des lupanars, à la lie et aux bas fonds de la société.

Erreur répondrais-je, grande erreur, car toutes les syphilis se tiennent étiologiquement. C'est un axiôme en matière de prophylaxie que la contagion vit par ricochets qui s'entrecroissent d'un milieu social à un autre milieu très différent. Il est cependant commun que la syphilis rebondisse du bouge le plus misérable et le plus object au foyer le plus riche et le plus pur. C'est ainsi que la syphilis passe du grabat au palais, du lupanar infâme à l'alcôve de l'honnête femme, voire au berceau de l'enfant.

En somme, comme conclusions, il n'y a pas de foyer indifférent de syphilis au point de vue de la prophylaxie, assainir ce lupanar ce n'est pas seulement protéger ceux qui le fréquentent, c'est aussi protéger du même coup le foyer conjugal, l'honnête femme, l'enfant et la race.

La société a bien le droit de s'armer en guerre contre une pareille ennemie, et cela combattre par tous les moyens dont elle dispose.

Je préciserai ce dernier point par les propositions suivantes:

1° La société trouve dans la multiplicité et la haute gravité des dangers dont la menace la syphilis, le droit légitime incontestable à mes yeux, de se défendre contre elle par des mesures de prophylaxie publique.

2° Or, la syphilis ne menace pas seulement ceux qui s'y ex-

posent, elle menace aussi, et cela pour un nombre considérable, infini, ceux qui ne s'y exposent pas.

3° Eh bien, relativement à ceux qui s'exposent de plein gré à la syphilis, l'intérêt général est de chercher à les protéger, alors même qu'ils pourraient plus sûrement se protéger eux-mêmes, et cela parce que c'est d'eux que procède la syphilis de ceux qui ne s'y exposent. La société a donc le droit d'intervenir par des mesures de prophylaxie publique pour assainir les centres de débauche et de contagion.

4° Et enfin, relativement à ceux que la syphilis menace sans qu'ils s'y exposent, la société a charge de les protéger par le fait même qu'ils sont incapables de se protéger eux-mêmes. Oui, je l'affirme, elle a charge de défendre contre la syphilis les intérêts sacrés de l'honnête femme, de la famille, de l'enfant, voire, dirais-je de l'enfant à naître. A ce titre, donc, elle n'a pas seulement le droit de se défendre contre la syphilis comme on l'entend; elle en a aussi très certainement, l'obligation, le devoir.

GEO. VILLENEUVE.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC

Sixième séance tenue à l'Asile d'Aliénés de Québec, le 27 juin 1901

Présidence de M. VILLENEUVE.

Lecture et adoption du procès verbal de la dernière séance.

Election de nouveaux membres. — MM. Jos.-Pierre Deschatelets et Jos.-E. Dion, de Longue-Pointe, sont élus membres de la société.

Classification. — Le comité de " classification " présente son rapport qui est adopté après amendement. Il est résolu que cette classification soit la seule suivie dans les asiles de la province. Elle se lit comme suit:

Manie: *(a)* aiguë; *(b)* chronique.

Mélancolie: *(a)* aiguë; *(b)* chronique.

Folie périodique (circulaire, à double forme, alterne).

Confusion mentale primitive.

Délire systématisé progressif.

Folie des dégénérés.

Démence vésanique.

Paralysie générale.

Démence organique et sénile.

Folies névrosiques : *(a)* épileptique; *(b)* hystérique; *(c)* choréïque; *(d)* autres formes.

Folies toxiques : *(a)* alcoolique ; *(b)* morphinique ; *(c)* autres formes.

Imbécilité.

Idiotie.

Ce même comité devra présenter à la prochaine séance un projet de tableaux statistiques.

American Medico-Psychological Association. — M. ANGLIN donne lecture d'une lettre de M. C. B. Burr, secrétaire de l'*American Medico-Psychological Association*, annonçant que cette société avait décidé de tenir sa prochaine réunion à Montréal, en juin 1902. Le comité de réception, tel que formé à Milwaukee, se compose de MM. Vallée, Burgess, Perrigo, Villeneuve, Anglin et Chagnon.

Codification de la loi des asiles. — Sur proposition de M. Vallée, la société adopte à l'unanimité la résolution suivante: La *Société Médico-Psychologique de Québec* prend la liberté d'attirer l'attention du gouvernement sur la nécesité qu'il y aurait de codifier la loi des asiles. Cette loi a été maintes fois amendée depuis la publication des Statuts Refondus, et en outre, il serait désirable de la compléter sur certains points, entre autres, en ce qui regarde la protection des biens des aliénés internés dans les asiles.

M. VILLENEUVE: De la sortie compulsive des asiles d'aliénés, des maniaques périodiques, pendant les intermittences de la maladie. (Voir plus haut.)

M. CHAGNON: Sur la période terminale de la paralysie générale. (Voir plus haut.)

M. VALLÉE, fait remarquer que son expérience sur le mode de terminaison de la paralysie générale lui donne les mêmes résultats.

Elections. — Le Bureau pour l'année 1901-02 est formé ainsi qu'il suit:

Président: M. U.-A. Bélanger; Vice-Président: M. J.-V. Anglin; Secrétaire: M. E.-P. Chagnon, ré-élu.

Et la séance est levée.

Le Secrétaire,
E.-P. CHAGNON.

ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT DES TROIS-RIVIERES (1)

Nous avons l'honneur de vous apprendre que "l'Association Médicale du District des Trois-Rivières," a été régulièrement fondée le 29 mai dernier 1901.

Le but de cette Association est de s'occuper des intérêts professionnels dans notre District, de resserrer les liens de confraternité, et de donner de l'émulation dans les Etudes Médicales.

Il y aura réunion mensuelle et tous les membres seront avertis à l'avance, par carte postale.

Tous les Médecins du District, sont appelés à faire partie de l'Association. Environ 50 Médecins ont déjà promis leur concours.

Il suffit pour devenir membre de donner son nom, accompagné d'une remise de deux dollars, à Monsieur le Trésorier, le Dr J. H. Leduc, Trois-Rivières. A chaque réunion il y aura des travaux originaux présentés par les Médecins.

On s'occupera de la création d'un tarif pour les Médecins du District, etc.

Le 29 mai dernier, l'élection des Officiers pour l'année courante, a donné le résultat suivant:

Président Honoraire, . . Dr G. B. DESAULNIERS, Nicolet.
Vice-Président Honoraire, . Dr P. A. GRENIER, St-Maurice.
Président Actif, . . . Dr L. P. NORMAND, Trois-Rivières.
1er Vice-Président Actif, . Dr H. MARCHAND, Champlain.
2e " " " . Dr H. TRUDEL, St-Grégoire.
Secrétaire, ... Dr C. E. DARCHE, Trois-Rivières.
Assistant-Secrétaire, ... Dr C. N. DeBLOIS, "
Trésorier, ... Dr J. H. LEDUC, "

(1) Nous recevons le programme de nos amis des Trois-Rivières qui se sont formés en association. Nous sommes heureux de cette innovation, et nous ne doutons pas du succès. Nos félicitations.

Les Comités se composent des officiers ci-dessus et en outre:

LE COMITÉ DE DIRECTION:

De MM. les Drs L. P. Fiset, M. P. P., Shawenegan. E. F. Panneton, Trois-Rivières. L. A. Plante, Louiseville. H. Désilets, Bécancour.

LE COMITÉ D'ÉTUDES ET D'ORGANISATION:

De MM. les Drs M. E. Gervais, Nap. Lambert, Geo. Bourgeois, Trois-Rivières. Wilbrod Ferron, St-Paulin. Léopold Désilets, Nicolet.

A une réunion du Comité d'Organisation, tenue le 13 juin ult., il a été décidé que la prochaine réunion ait lieu le 27 juin courant, à 8 heures du soir, à la Salle des Sociétés de Bienfaisance, coin des rues Bonaventure et St-Joseph.

Dr L. P. NORMAND, Président. Dr C. E. DARCHE, Secrétaire.

Trois-Rivières, 18 juin 1901.

ACTUALITES MEDICALES

L'ENSEIGNEMENT DE LA CHIMIE DANS LES ECOLES DE MEDECINE

L'enseignement de la Chimie est d'ordinaire plus ou moins goûté de l'élève en Médecine qui est loin d'être toujours convaincu de son importance et de son utilité. Le " Montreal Medical Journal " publiait, au mois de janvier dernier, un article de Chs G. L. Wolf, du Cornell Medical College de New-York, sur le sujet. L'auteur nous a paru traiter la question avec beaucoup de compétence; son article contenait des observations très justes en même temps qu'il exposait dans son ensemble un programme et une vraie méthode d'enseignement de la Chimie, méthode absolument rationnelle, conforme aux besoins de l'élève, et conforme aux derniers progrès accomplis dans cette branche réellement importante des études médicales. Malgré que cet écrit, adressé aux universités anglaises et américaines, ait été élaboré dans un autre milieu que le nôtre, il semble qu'il ne manque pas d'intérêt pour nous ; peut-être même n'est-il pas dépourvu d'un brin d'actualité. C'est l'impression qui nous reste d'une lecture attentive de cet article, suivie d'un retour sur les faits qui nous sont personnellement connus relatifs à l'enseignement de cette science dans nos écoles.

Nous avons pensé qu'une analyse de cet article, suivie de quelques commentaires, ne serait pas sans intérêt pour les lecteurs de l'*Union Médicale.*

Avec une curiosité facile à expliquer, dit Chs G. L. Wolf, l'étudiant en médecine demande parfois au professeur de Chimie, quelle est l'utilité de l'enseignement d'un si grand nombre de faits chimiques, tel que la chose se pratique d'ordinaire dans les leçons professées dans les écoles de médecine. Il faut avouer, après mûre réflexion, que cette question apparemment singulière et dont on pourrait soupçonner les motifs, n'est pas dépourvue d'une certaine dose de bon sens.

Dans les quatre années d'études qui composent la vie ordinaire de l'étudiant, il est admis qu'il y a beaucoup de choses à apprendre, beaucoup de choses vraiment utiles et nécessaires. C'est pourquoi, dans l'étude d'une science qui peut paraitre au premier abord purement théorique, comme la Chimie, il est important de mettre constamment sous les yeux de l'élève, et cela d'une façon aussi évidente que possible, le côté pratique que comporte cette étude. Il ne faudrait pas du reste tomber dans l'extrême opposé qui consisterait à oublier totalement l'intérêt scientifique, théorique si l'on veut, que comporte cette étude pour n'en laisser voir que le côté absolument pratique, ce qui constituerait une autre erreur, attendu que la pratique elle-même est souvent appuyée sur la théorie.

Dans le Cours de Médecine qui est actuellement donné aux élèves, beaucoup de temps est accordé, avec raison, à l'étude de l'Anatomie, de la Physiologie, de la Pathologie, de la Chirurgie, de la Médecine proprement dite, et, habituellement, d'après Wolf, le temps alloué à l'étude de la Chimie est insuffisant; il est impossible au professeur aussi bien qu'aux élèves de parcourir en entier, durant ce laps de temps, le programme qu'ils sont censés parcourir. Deux remèdes seraient proposés à cet état de choses: ou le temps alloué aux études purement médicales serait raccourci, ce qui n'est pas désirable, ou bien l'on exigerait de l'étudiant, lors de son admission à l'étude de la médecine, une certaine connaissance préalable de la Chimie. Il est admis que cette dernière alternative serait l'idéale, malheureusement, elle-même a aussi ses inconvénients, lesquels sont surtout apparents pour le professeur. Parmi ces inconvénients est le fait que la Chimie, dans certaines écoles supérieures (high schools), est enseignée d'une manière superficielle et des moins satisfaisantes. L'enseignement y est donné par des hommes qui n'ont pas reçu eux-mêmes une formation suffisante, et qui, avec les meilleures intentions du monde, ne sont pas en état de donner une base solide aux études qui seront poursuivies plus tard à l'Ecole de Médecine. L'enseignement du professeur en médecine, loin d'en recevoir du secours, devient par ce fait doublement difficile, attendu qu'il n'y a plus.

pour lui, à édifier seulement, mais encore à défaire ce qui a été mal commencé. Ceci ne s'applique pas, cela va sans dire, aux collèges et aux institutions où l'enseignement est donné d'une façon plus complète et suivant de bonnes méthodes.

En parlant de l'enseignement de la Chimie médicale, il est nécessaire de mentionner l'enseignement de la Physique médicale qui lui est si intimement unie. Ici encore le besoin d'une préparation antérieure se fait sentir afin que les leçons du professeur consistent surtout à démontrer les applications à la médecine de principes déjà connus, plutôt qu'à enseigner des lois élémentaires, lesquelles devraient faire partie du domaine des connaissances acquises lors de l'admission à l'étude de la médecine.

Nous intercalerons ici une note du professeur Bordier, de Lyon, extraite de la préface de son traité de Physique biologique.

" Autrefois, dit-il, l'enseignement de la Physique (et cette observation peut s'appliquer à la Chimie) était presque la répétition des leçons suivies par les élèves pendant leur préparation au baccalauréat (c'était ce que l'on est convenu d'appeler ici de la physique et de la chimie de collège). Cette science fondamentale faisait alors partie de ce groupe désigné sous le nom de *sciences accessoires.*

" Aujourd'hui, ces sciences ne méritent plus cette épithète peu flatteuse d'accessoires ; la Physique biologique est aussi indispensable par l'étude des phénomènes de la vie que la Physiologie dont elle n'est d'ailleurs qu'une partie et non la moins intéressante, ni la moins importante.

" On peut définir, en effet, la Physique biologique : l'étude des phénomènes physiques qui ont pour siège les êtres vivants et celles des perturbations apportées par les agents physiques extérieurs dans les manifestations vitales des tissus. *C'est donc à un point de vue tout à fait nouveau que l'enseignement de cette science doit être donné dans les Facultés de Médecine.*

" En s'inspirant de l'esprit du nouveau programme, la Physique sera présentée à un point de vue professionnel, si l'on peut ainsi parler, et cette branche des sciences médicales sera

présentée sous une incidence telle que son enseignement sera reconnu, non seulement utile, mais encore indispensable pour l'instruction du futur médecin.

" En effet, l'étude de la Physique ne permet pas seulement d'expliquer et de comprendre les manifestations mécaniques, électriques, calorifiques, lumineuses, etc., des êtres vivants ; elle sert encore au médecin pour augmenter ses moyens de diagnostic et de thérapeutique."

Le professeur devra donc, tant pour la Physique que pour la Chimie, voir constamment à ce que tous les faits présentés à l'élève soient dans leur plus stricte corrélation avec ceux enseignés dans les autres branches de la médecine. Cette proposition nous apparaît comme des plus évidentes; cependant, si on observe les méthodes d'enseignement suivies dans plusieurs Ecoles de Médecine, on est porté à croire que, ou bien on ne se rend pas compte de l'importance de cette méthode ou bien, si on s'en rend compte, on la perd de vue dans la précipitation d'un enseignement de routine. Pour cette considération il n'est pas désirable que dans une grande université, cet enseignement soit donné par des hommes qui n'ont pas eu l'opportunité d'une formation médicale. S'il en était ainsi, dans beaucoup de cas les sujets traités le seraient avec la plus grande compétence et de la façon la plus complète, au point de vue purement chimique, mais on n'insisterait pas suffisamment sur les connexions intimes qui pourraient exister entre les faits chimiques présentés et certains points de physiologie ou certains procédés cliniques. Il n'est pas sans intérêt de constater qu'en attirant l'attention de l'élève sur les relations qui existent entre la Physiologie ou la Clinique et certains faits chimiques, ces derniers quoique d'une interprétation parfois difficile, deviennent sur-le-champ faciles à comprendre et à retenir.

Aucune partie de la Chimie n'a fait autant de progrès depuis quinze ans que celle ayant des connexions avec la Physique et constituant ce que l'on pourrait appeler la Physico-Chimie. On a pensé un certain temps que la chimie organique à elle seule donnerait la solution d'un grand nombre de problèmes de Physiologie qui avaient été l'objet de nombreux travaux

depuis Wohler; que ceci n'ait pas été réalisé entièrement, les événements subséquents l'ont démontré et certaines questions de Physiologie, quoique avancées, n'ont pas été définitivement résolues par elle. Il est trop tôt pour dire quels seront les résultats des études faites à la lumière, en Physiologie, de pair avec l'étude de certains phénomènes d'ordre physico-chimiques correspondants, mais on peut être assuré que les travaux sur la digestion et sur le métabolisme en général en recevront une grande lumière.

Pour cette raison la Chimie devrait être abordée par les étudiants en médecine au point de vue de ses relations avec la Physique. Les théories de la dissocation, de la pression osmotique, les connextions qui existent entre ces dernières et les phénomènes électriques, ainsi que les lois de l'équilibre devraient être entièrement étudiées. Une considération attentive de ces relations serait d'une utilité beaucoup plus grande que l'étude de ces affreuses réactions (dreary testing) de sels inconnus qui occupent une si grande part d'un temps des plus précieux pour l'étudiant.

Au cours de la première année la majeure partie du temps devrait être consacrée à l'étude des réactions chimiques simples, de celles qui est de nécessité absolue de connaître en vue des travaux futurs. C'est à ce moment, c'est-à-dire dès le début, que doit être prise l'habitude de considérer les réactions au point de vue physico-chimique. Avec des séances hebdomadaires de deux heures chacune au laboratoire, avec, en outre, un enseignement didactique suffisant, le sujet peut être passé en revue d'une manière satisfaisante. Un temps trop long ne doit pas être occupé par des procédés d'analyses, ce qui, après tout, appartient à une branche très spéciale de la Chimie dont le but est peu compris de l'étudiant et très peu utilisé dans sa carrière subséquente de praticien. Ceci, il faut bien s'entendre, ne veut dire en aucune façon que la partie analytique doit être mise de côté, mais que, pour ne pas tomber dans une exagération opposée, elle ne doit pas être le tout et ne doit pas tout comprendre dans un cours de Chimie.

Dans la deuxième année une étude des phénomènes physio-

logiques au point de vue chimique devra occuper une égale partie du temps. Les travaux dans cette section ont pris un développement si considérable qu'une revue élémentaire, sans entrer dans les considérations cliniques, devra occuper tout le temps alloué. Les leçons de laboratoire également devront être consacrées à l'étude de ces phénomènes à leur point de vue chimique et à l'influence exercée par les conditions variées dans lesquelles ils s'opèrent, sur le cours des réactions et sur les produits résultants.

Dans la troisième année, le cours devra être distinctement un cours clinique et devra se faire particulièrement sur l'examen des divers fluides recueillis au lit du malade et adressés au laboratoire pour analyse. A cette époque de ses études médicales, l'étudiant est en très bonne position pour apprécier entièrement la signification clinique des faits qu'il observe. Il a vu et suivi les malades, l'importance des changements constatés dans les résultats analytiques ne sauraient lui échapper.

Il peut être objecté à la division de ce cours en trois parties qu'elle exige plus de temps qu'il n'en peut être alloué dans les circonstances. On peut répondre à cela que le cours de troisième année ne comprendrait pas l'année entière; en réalité, il n'y aurait pas nécessité à cela, et que, de plus, le résultat obtenu par l'aide qu'il apporterait à l'étude de la Pathologie justifierait pleinement l'allocation de temps qui lui serait accordée, conclut Chs G. L. Wolf.

Nous n'entendons point discuter cet article dans tous ses détails, ni essayer de dire, pour le présent du moins, jusqu'à quel point les observations qu'il contient peuvent s'appliquer ici. Nous n'avons pas davantage la prétention de tracer un programme à d'autres ni de dresser une critique contre qui que ce soit. Nous avons fait l'analyse de ce travail croyant qu'il contenait du bon, beaucoup de bon, et nous laissons à chacun d'en prendre ce qui lui convient.

Il nous sera permis, cependant, de nous poser certaines questions et de nous demander, ici comme ailleurs, si l'adoption d'un tel programme ne serait pas davantage en rapport avec

les progrès accomplis et le niveau des études médicales à l'étranger.

Il semble que le vieux programme et la vieille méthode d'enseignement, celle suivie par le passé, jusqu'à une certaine époque du moins, soient maintenant d'une infériorité notoire et présentent dans leur application de graves inconvénients. Par exemple, l'étude complète et détaillée de tous les corps simples, telle qu'elle se pratique au Collège, n'est-elle pas, à l'Ecole de Médecine, une répétition inutile et n'amène-t-elle pas la perte d'un temps précieux, qui pourrait être grandement utilisé dans le sens indiqué par Wolf ? Cette observation a surtout sa raison d'être, depuis que la Chimie a été ajoutée à la liste des matières exigées de l'élève lors de son admission à l'étude de la médecine.

L'étude des phénomènes vitaux, au point de vue chimique, ou, si l'on veut, l'étude de la Chimie biologique proprement dite, et celle de la Chimie pathologique, ne sont-elles pas celles qui intéressent davantage l'élève en médecine? Ne doivent-elles pas être l'objet d'une attention particulière, à l'Ecole de Médecine, où l'enseignement de la Chimie ne doit plus être un enseignement quelconque et simplement théorique?

La connaissance de certains procédés d'analyse et l'étude complète de tous les produits pathologiques recueillis au lit du malade, susceptibles d'analyse chimique, ne sont-elles pas aujourd'hui reconnues indispensables au praticien?

La Chimie occupe incontestablement une place de première importance dans notre médecine moderne, où elle marche de pair avec la biologie elle-même, la bactériologie, la pathologie, voire même la thérapeutique: ne doit-elle pas cesser d'être un ennui et un épouvantail pour l'étudiant? Ne peut-elle devenir pour lui une étude attrayante et lui apparaitre, enfin, telle qu'elle est en réalité, une connaissance des plus utiles au praticien et à tout homme de science désireux de s'associer, de près ou de loin, aux travaux qui s'accomplissent dans les laboratoires du monde entier et sont l'objet des plus belles découvertes?

C. A. DAIGLE.

ANALYSES

CHIRURGIE

Sur la réduction des fractures, par M. Tuffier, (Société de Chirurgie, séance du 19 juin 1901).

Depuis 1893, à plusieurs reprises, ce chirurgien a publié des travaux sur la réduction des fractures à ciel ouvert; ces travaux sont basés sur l'anatomie pathologique faite sur le vivant au moyen de la radiographie et sur des résultats cliniques et thérapeutiques.

Il insiste de nouveau sur cette réduction des fractures parcequ'elle n'a pas bénéficié des progrès chirurgicaux dans la même proportion que les lésions des autres appareils, et cependant la restauration *parfaite* d'un membre, chez un sujet jeune et sain, qui va recouvrer pour de longues années l'usage *intégral* de ses fonctions, paraît autrement intéressante que le résultat obtenu par l'ablation d'un cancer voué à une récidive certaine. La réduction d'une fracture ne doit pas être un *à peu près,* c'est une coaptation mathématique qu'il faut chercher. Toute fracture diaphysaire avec déplacement doit être réduite complètement et parfaitement. Pour cela, il faut reduire non pas en regardant la peau, mais en regardant les os sous les rayons X. Si la réduction n'est pas constatée *de visu* parfaite ou suffisante, le foyer de fracture doit être de suite ouvert, la continuité de l'os doit être *rétablie,* les fragments *suturés,* et le membre *immobilisé* dans une bonne attitude.

1° *Réduction parfaite de la fracture.* — Elle est impossible à constater sans le secours de la radioscopie. Dans des cas de fractures de la partie moyenne des deux os de l'avant-bras et des fractures de jambe, la réduction sous chloroforme peut être déclarée complète; à la palpation de l'avant-bras et de la jambe, elle semble, en effet parfaite; mais les radioscopies nous montrent que les deux os chevauchent dangereusement, le fragment inférieur étant en plein espace interosseux.

2° La réduction d'une fracture doit être faite sous la *radioscopie;* il est illogique et quelque peu contempteur de la science de négliger ce moyen de contrôle. Comment, vous avez la facilité inespérée de voir exactement ce que vous faites et vous ne voulez pas vous en servir. Au lieu de chercher à voir de vos yeux si les deux fragments sont bien réellement coaptés, vous regardez la peau ou les reliefs musculaires, vous interrogez les saillies voisines, vous repérez d'une façon pénible ou incertaine les points qui vous indiqueront si le membre est dans une bonne attitude. Nous devons tendre à une précision plus grande, puisque nous en avons le moyen, nous avons le devoir de nous rendre un compte exact de la valeur et de l'efficacité de notre intervention. En général, si l'on a un déplacement notable d'une fracture, il est impossible d'arriver à une réduction, même imparfaite, sans analgésie. Les tentatives de réduction donnent-elles un résultat satisfaisant sous la radioscopie, l'on place, séance tenante, l'appareil plâtré, et l'on s'assure par la radiographie qu'il n'est survenu aucun déplacement pendant l'application. Si la

réduction ne peut être obtenue l'on fait l'ouverture de la fracture et la réduction de vive force, au moyen d'une instrumentation spéciale. Cette réduction, les fragments en main, est souvent très-difficile à obtenir.

Puisque nous avons entre les mains une instrumentation de précision nous devons l'appliquer; la chirurgie est dotée de moyens d'asepsie qui rendent inoffensive l'incision d'un foyer de fracture, il faut user de ces moyens.

A cause de l'imperfection de la réduction des fractures, telle qu'on la pratique, l'auteur la dénomme *réduction clinique,* par opposition à la réduction radiographique, *anatomique* qui est mathématique. Il trouve à cette *réduction clinique* incomplète de graves inconvénients et, pour faire son procès, il divise classiquement ses griefs en: *accidents primitifs, consécutifs et tardifs.*

Du fait de la coaptation non exacte des fragments découlent des *accidents primitifs,* qui sont la lenteur de la consolidation, les troubles vasculaires et nerveux, et ce sont là les moindres inconvénients de ce mode de réduction. Dans tous les foyers de fracture à grand déplacement qu'il a ouverts, l'auteur a toujours trouvé des interpositions musculaires et fibreuses (prises pour le fameux pont périostique qui joint les surfaces fracturées mais qui n'a rien de providentiel); il le croit au contraire plutôt nuisible qu'utile, car des débris déchirés, écrasés, décollés, gênent la consolidation. Les vaisseaux sanguins, par suite des changements de rapports anatomiques sont la cause de l'œdème du membre pendant les premières semaines de la marche. Les accidents nerveux primitifs témoignent d'un trouble dans l'équilibre anatomique du nerf.

Sous le titre *d'accidents consécutifs,* il envisage ceux qui se manifestent au sortir de l'appareil. Les troubles fonctionnels qui se manifestent tiennent en partie au défaut de coaptation; les fragments non réduits jouent le rôle de corps étrangers inutiles et nuisibles. La réparation de ces lésions est le triomphe des procédés de massage qui facilite une adaptation nouvelle. Cette transformation anatomique n'a qu'un temps: tôt ou tard se développe dans ces articulations de complaisance de l'arthrite sèche.

Ces troubles *tardifs* sont la conséquence des précédents, ce sont des œdèmes persistants, des varices et des névrites avec atrophie du segment du membre atteint et souvent du segment sus-jacent. Cette atrophie persiste et plusieurs années après, elle peut s'étendre et remonter. Enfin ce sont les arthrites sèches, survenant plusieurs années après l'accident.

L'incision d'un foyer de fracture fermée est absolument inoffensive, dans l'état actuel de la chirurgie. Il faut cependant faire une réserve, car si l'incision d'un foyer récent est inoffensive, il en est autrement d'un foyer déjà *ancien,* datant de huit à quinze jours. Au niveau d'une pointe osseuse, le sphacèle peut se produire rapidement. La plaie faite à ce niveau est envahie d'avance par les agents microbiens et il peut en resulter des accidents septiques. En dehors de ces circonstances spéciales, l'incision du foyer est inoffensive.

L'auteur a déjà décrit sa *technique* et son *instrumentation* pour les réductions de ces fractures. Il insiste sur quelques points très-importants et encore trop méconnus. Dans les soins *préparatoires,* la nécessité d'une asepsie plus rigoureuse que partout ailleurs s'impose d'une façon impérieuse.

Pendant l'opération, les délâbrements doivent être réduits au minimum·

le moins de dénudation, peu ou pas de détachements du périoste, pas de mise à nu des gaines ou des tendons; extirper les esquilles libres, laisser et suturer celles qui sont adhérentes.

La coaptation est toujours difficile mais il faut chercher avec patience à l'obtenir d'une façon parfaite, pour éviter tout raccourcissement et toute rotation des fragments. Cette coaptation *obtenue,* il faut la *maintenir* après l'opération à l'aide d'un appareil platré bien fait. Pour obtenir une justa-position parfaite il faut faire la suture osseuse au moyen de trous aussi petits que possible dans lesquels on passe des fils fins, souples et solides.

La suture n'est pas suffisante pour assurer seule la bonne coaptation et la réduction parfaite d'une fracture dans la majorité des cas; elle rend au membre sa longueur, elle empêche la rotation, mais elle est impuissante à lui assurer sa bonne *direction.* Pour la maintenir il faut recourir à l'appareil plâtré. Le message comme adjuvant pourra être nécessaire, lorsque son action sera bien définie.

A. MARIEN.

MÉDECINE MENTALE

Deux nouveaux cas de folie gémellaire, par le Dr CULERRE (*Archives de Neurologie*, février 1901).

La littérature médicale ne relève que 31 observations de folie gémellaire antérieure à celles-ci. Avant de rapporter ses observations, le Dr Cullerre se demande d'abord si l'on doit admettre une *folie gémellaire.* Il se déclare pour l'affirmative et lui assigne les caractères suivants: "1° Simultanéïté dans l'éclosion et parallélisme au moins partiel des symptômes psychiques; 2° Cours analogue de la maladie et terminaison identique; 3° Origine spontanée du mal évoluant sur un même fonds organique."

Par son éclosion prématurée, son polymorphisme, et son évolution fréquente vers la démence, par son apparition pour un grand nombre de cas, chez le débile et même chez l'imbécile, la folie gémellaire se range dans la grande classe de la folie des dégénérés, dont elle serait un "rameau." La gémellité même serait une tare. Certains accoucheurs, tels que M. Bar, M. Keim, M. Porak, et le professeur Fournier, l'admettent. Il faut encore ajouter l'hérédité qui se rencontre dans la plupart des cas où elle a été recherchée. Les jumeaux seraient donc des dégénérés et souvent des héréditaires.

E. P. CHAGNON.

OPHTALMOLOGIE

Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveaux-nés.

La blennorrhagie et la leucorrhée chez la mère sont causes de la plupart des ophtalmies purulentes du nouveau-né.

Un traitement antiseptique approprié avant l'accouchement peut prévenir cette maladie du nouveau-né. Deux ou trois gouttes de nitrate d'argent, solution 4 grains à l'once, instillées entre les paupières de l'enfant qui vient de naître peuvent empêcher l'éclosion de la maladie.

L'ophtalmie purulente débute généralement 3 ou 4 jours après la naissance, par de la rougeur de la conjonctive, du gonflement plus ou moins marqué des paupières et l'apparition de secrétion, d'abord d'aspect de beurre fondu, puis franchement purulente. Il faut alors, dès le début, instituer le traitement convenable: compresses glacées au sublimé, solution 1 pour 4000, appliquées sur les yeux jour et nuit et renouvelées toutes les 3 ou 4 minutes, nettoyage des yeux à chaque quart d'heure pour prévenir la stagnation du pus dans l'œil et une fois par jour badigeonnage des conjonctives palpébrales, surtout les culs- de-sacs, avec une solution de nitrate d'argent, 2½ pour 100 généralement.

Si l'affection paraît sévère le practicien général commet une imprudence de ne pas adresser le petit malade à un optalmologiste de son choix. Ceci soit dit sans arrière pensée, car la responsabilité de pareils cas n'a rien de bien enviable.

Un traitement mal conduit entraîne le plus souvent un désastre, au contraire bien appliquée il doit compter 99 succès sur 100 cas.

Etant donnée la difficulté du traitement pour l'entourage du petit malade et les complications cornéennes à redouter la durée de la maladie n'est pas indifférente. D'où il faut avoir présent à l'esprit qu'une ophtalmie purulente médiocrement soignée durera un mois et demi à deux mois, tandis qu'un bon traitement peut en avoir raison entre deux et trois semaines.

La moyenne de la durée des 26 derniers cas que nous avons eus sous nos soins a été de treize jours et un tiers.

Nous indiquons ces chiffres pour appuyer de leur autorité la recommandation de bien mettre à jour les culs-de-sac conjonctivaux de paupières supérieure et inférieure dans le badigeonnage de la conjonctive avec le nitrate d'argent.

Nous considérons comme très importante cette dernière manœuvre, dut-on se servir de pince à griffes pour l'exécuter.

R. Boulet.

OBSTÉTRIQUE

De la thérapeutique chez les nourrices dans ses rapports avec la sécrétion lactée, par Housselot, (*Thèse de Paris*, 1900, dans *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, janvier et février 1901).

M. Housselot étudie l'action des médicamments que l'on peut donner aux nourrices lorsqu'elles sont atteintes de maladies sérieuses. Question très importante, car leur élimination par la mamelle peut quelquefois intoxiquer le nourrisson, *médication galactogène.* — L'auteur, après d'autres, affirme que tous les médicaments qui élèvent la tension artérielle augmentent la sécrétion lactée, v. g. la digitaline, la caféine, la strychnine, le jaborandi, dont l'action cependant est contestée. Enfin, dit-il, les organes génitaux et la mamelle sont en relation intimes et toute excitation des uns retentit sur l'autre.

L'hypogalactée peut dépendre de plusieurs causes: mauvaise direction de l'allaitement, (donner le sein plus souvent que toutes les 2 heures, ou jour

et nuit) une alimentation défectueuse, débilité du nourrisson dont les succions ne sont pas assez énergiques, suppression momentanée de l'allaitement, hypotrophie héréditaire de la mamelle, &c... Si cet état persiste on peut donner des médicaments dits galactogènes et parmi eux, le *galega officinalis* ou quelques autres qui entrent dans la formule suivante employée par M. Marfan:

Extrait aqueux de galega	10 grammes.
Chlorhydrophosphate de chaux	10 grammes.
Teinture de fenouil	10 grammes.
Essence de curmin	xv gouttes.
Sirop de sucre	400 grammes.

Quatre cuillerées à soupe par jour.

D'autres auteurs ont conseillé le *Somatose* à la dose de 3 à 4 cuillerées à café par jour.

Les aliments ont une grande influence. *Il* faut proscrire surtout les excitants, les faux toniques, le café comme les liqueurs et le vin pur, en un mot toute boisson renfermant de l'alcool. Il faut régulariser les repas mais il faut interdire à toute mère qui nourrit les ragoûts épicés, les condiments irritants la charcuterie, le boudin, la friture, la salade, les patisseries insuffisamment cuites, les fruits crus de consistance trop ferme comme la poire, la pomme, les noix, les liqueurs et les boissons riches en alcool:—

La médication agalactique fourmille également de médicaments qui n'ont aucun effet spécial. (1)

Puis l'auteur étudie un chapitre très important à savoir, le passage des médicaments de la nourrice dans le lait et leur action sur le nourrisson.

1o *L'alcool* est le plus funeste. Il faut crier bien haut que toute boisson doit être phohibée chez une femme qui allaite. Les exemples sont frappants et nombreux où des nourrissons, jusque là bien portants, sont pris tout-à-coup d'accidents méningitiques dont la cause nous échappe. Si on cherche on trouve un abus d'alcool chez la mère ou la nourrice.

2° *Opium et ses dérivés.*—La science a enrégistré des décès chez des enfants au-dessous de cinq ans après absorption de 25 milligrammes d'opium; on doit être très prudent à l'égard des nourrices; on peut leur donner 0 gr. 01 centigr. de morphine en injection, ou du laudanum en lavement, mais avec réserve. On rapporte un cas où une nouvelle accouchée a vu son enfant succomber à la suite d'une tétée parce qu'elle avait pris 4 grammes de liq. sédative d'opium pour combattre les tranchées.

L'auteur conseille de remplacer l'opium par l'antipyrine dans ces cas.

3° *Le sulfate de quinine* est variable dans sa transmission. Donné à jeun il passe rapidement dans le lait; avec des aliments aux repas, il passe beaucoup moins, et les enfants y deviennent moins sensibles à mesure qu'ils avançent en âge.

(1) Un moyen simple et qui s'est toujours montré efficace est le suivant: Appliquez sur les deux seins un linge de toile fine qui les couvre en entier, recouvrez-le avec de la gutta percha, et comprimez assez fortement avec une bande qui enserre tout le thorax. Changez matin et soir. A l'intérieur, donnez l'iodure de potassium français, par conséquent pur de tout iodate qui provoque des éruptions, à la dose de 1 F. 50 à 2 grammes par jour, en trois fois, dans une potion v. g. (15 à 30 grains). Réagissez sur l'intestin par un purgatif. Ce traitement simple nous a réussi dans tous les cas. Après deux ou trois jours, la sécrétion lactée était complètement tarie sans douleur.

4° *Purgatifs.* La rhubarbe, gratiole, ricin, séné, l'oscille, passent rapidement dans le lait et agissent sur le nourrisson en provoquant de la diarrhée. Il en est de même pour *l'atropine,* la *jusquiame,* la colchique qu'il faut éviter de prescrire aux nourrices.

5° *Le fer* augmenterait la quantité du lait et agirait favorablement sur les nourrissons débiles.

6° *L'arsenic* est dangereux, Brouardel et Pouchet ont décélé la présence d'un milligramme d'arsenic dans 100 gr. de lait chez une femme qui aurait pris 12 gts. de lig. de Fowler, durant six jours. Ce médicament est donc contre-indiqué.

7° *Iode et ses composés.* L'iodure de potassium apparaitrait dans le lait environ 4 heures après ingestion: Des doses fortes ou même supérieures à 0 gr. 15 centigr. par jour seraient préjudiciables au nourrisson chez qui il peut provoquer des éruptions iodiques. Il en est de même pour *l'iodoforme.* employé dans les pansements vulvaires. La possibilité de traiter ainsi les enfants syphilitiques ne repose sur aucune base sérieuse à cause de variabilité dans l'élimination.

8° *Mercure et ses composés.* Il s'élimine dans le lait des nourrices, mais plus souvent tardivement. Suivant des auteurs récents (Sigalas) le traitement indirect de la syphilis des nouveaux nés par le lait des nourrices soumises à la médication hydrargyrique est une méthode rationnelle: mais l'existence du temps perdu d'élimination doit être présente à l'esprit du clinicien qui, pour combattre des accidents graves, devra recourir à la mercurialisation directe de l'enfant.

9° *L'antipyrine* donnée à doses massives peut être décélée dans le lait cinq six, huit heures après ingestion, pour disparaitre 18 ou 15 heures après et dans des proportions de 0 gr. 50 p. 1000. Elle n'exerce aucune enfluence défavorable et peut être donnée aux femmes en couches.

10° *Acides.* Les acides ne paraissent pas influencer la secrétion lactée (acide nitrique, chlorhydrique, acétique) Legendre donne l'acide chlorhydrique à 4 gr. p. 1000, à la dose d'un tiers de verre par repas sans inconvénient pour le nourrisson.

11° *Le chloral* demande d'espacer la têtée. Donner le sein trois-quarts d'heure après ingestion d'une dose expose l'enfant à de l'agitation. Après un intervalle d'une heure et demie à deux heures il n'y a aucun danger.

12° *Le chloroforme* semble anodin dans les circonstances ordinaires.

13° *L'ether* semble plus pernicieux, mais les résultats sont incertains.

Quant au dernier chapitre, l'auteur se demande comment utiliser les médicaments qui passent dans le lait en vue du traitement pour le nourrisson. La question n'est pas assez précise. Nous avons vu ce qu'il faut penser de l'iodure de potassium et du mercure nous nous arrêterons ici dans l'analyse de ce travail pratique.

J. A. LESAGE.

PÉDIATRIE

Traitement de la gale chez les enfants.—Dans la *Gazette des Hôpitaux*, extrait du No de 4 juin 1901 par Baloncelle, thèse de Montpellier 1901.

TRAITEMENT DE DEUX HEURES : — 1° *Première demi-heure :* savonnage de tout le corps au savon noir et eau tiéde de l'enfant entièrement nu ; 2° *Deuxième demi-heure :* grand bain avec continuation de savonnage et friction ; 3° *Troisième demi-heure :* frottage de tout le corps avec la pommade d'Helmerich :

Fleur de soufre	50	grammes.
Carbonate de potasse	75	"
Axonge benzoiné ou non	300	"

4° *Quatrrième demi-heure :* grain bain suivi de poudrage à l'amidon.

Les frictions doivent être faites avec prudence à cause de la délicatesse de la peau chez les enfants ; une seule séance bien faite suffira le plus souvent à guérir les cas les plus rebelles. Il faudra instituer un traitement général, la désinfeciion intestinale surtout.

Traitement des oxyures, par DEGUY, dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique.*

L'auteur préconise deux méthodes combinées pour obtenir un succès: traitement général de l'intestin, traitement local du rectum.

Traitement général de l'intestin. — 1° Purger le malade par le calomel suivant l'âge de l'enfant (1); 2° régime lacté durant 24 heures; 3° donner, durant les deux jours qui suivront les vermifuges suivants:

Santonine.. .. .. 0 gr. 05 centig.

Pour un paquet le matin à jeun, ou bien:

Semen-contra.. .. .. 3 grammes.

Faire infuser dans 100 grammes d'eau bouillante et ajouter 20 grammes de sirop de mousse de Corse. Après trois ou quatre jours de traitement général, on continuera de la façon suivante:

Traitement local du rectum. — 1° Par des suppositoires.

Calomel.... .. .. 0 gr. 10 centig.
Beurre de cacao.. .. .. 2 grammes.

ou bien:

Onguent mercuriel double.. .. .. 0 gr. 10 centig.
Beurre de cacao.. .. .. 2 grammes.

ou bien pommades poussées aussi profondément que possible avec le doigt:

Calomel.. .. .. 3 grammes.
Vaseline.. .. .. 30 grammes.

ou bien:

Oxyde jaune de mercure..... .. .. 0 gr. 30 centig.
Vaseline.. .. .. 15 grammes.
Lanoline.. .. .. 15 grammes.

(1) Voir *Union Médicale*, mai 1900, p. 313.

2° Par des lavements avec l'une des formules suivantes

Tanaisie.. .. .. 2 grammes.
Infuser dans eau.. .. .. 300 grammes.
Ajouter glycérine.. .. .. 20 grammes.

ou bien:

Menthol.. .. .. 0 gr. 25 centig.
Huile.. .. .. 60 grammes.

ou bien:

Santonine.. .. .. 0 gr. 50 centig.
Infuser dans eau.. .. .. 150 grammes.

Ou bien suivant la méthode préconisée par l'auteur: 1° donner d'abord un lavement évacuateur afin de vider l'ampoule rectale; 2° donner une injection au *nitrate d'argent* 1 p. 200, qu'il laisse en place durant cinq minutes; 3° neutraliser l'excès de nitrate par un lavage à l'eau salée.

Il est rare que ce traitement de quatre à cinq jours échoue.

J. A. LeSage.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi dans le traitement des aliénés d'un hypnotique nouveau, sûr et efficace : le chlorétone, par J. Percy Wade, M. D. (*The Journal of Nervous and Mental Diseases*, août 1900).

Le chlorétone est peu (0.8 per cent) soluble dans l'eau, mais est soluble dans l'alcool. Le meilleur véhicule pour l'administrer est le sherry ou le whiskey, ou encore il peut être donné en suspension dans le sirop d'acacias, ou sous forme de lentilles. Lorque le malade refuse de se nourrir ou de prendre des médicaments, on peut le donner mêlé aux aliments du gavage.

La dose ordinaire du chlorétone varie de 6 à 18 grains, mais la dose de 6 grains est absolument sans effet dans le traitement des aliénés. La dose initiale doit être d'au moins 15 grains, et doit être augmentée graduellement jusqu'à ce que l'effet désiré soit produit. La dose moyenne donnée au Maryland Hospital for the Insane était de 35 grains. On y a même donné 50 grains sans produire de résultats défavorables.

Le médicament a été employé comme sédatif et hypnotique dans 18 cas différents, 11 femmes et 7 hommes. Quatre de ces cas présentaient de la manie aigue. Cinq étaient des cas de mélancolie agitée, et les autres étaient ou de la manie principale, ou de la manie périodique, ou de la démence sénile s'accompagnent d'incitation. Dans chacun de ces cas, le médicamment produisit un sommeil normal, d'une durée de 6 à 7 heures. A leur réveil, les malades se montraient beaucoup moins agités.

Les résultats et les effets obtenus par l'administration du chlorétone démontrent que ce médicament est très utile dans l'incitation motrice de la manie aigue et de la mélancolie agitée. Il peut très probablement être utilisé de même dans la paralysie générale. Le fait qu'il ne déprime pas le cœur est d'un bon appoint pour ces cas de manie aigue avec insomnie où il est nécessaire de conserver toutes les forces vitales afin de prévenir la mort par épuisement. Sous ce rapport, il n'est pas aussi dangereux que le bromidia ou le sulfonal qui sont dépriments. Il est plus agréable à prendre que la paraldéhyde.

Le traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig, par J. SÉGLAS et HEITZ (*Archives de Neurologie*, août 1900).

Cette méthode consiste à faire précéder l'administration du bromure de potassium par celle de l'opium. L'opium, sous forme d'extrait, est administré au début à la dose de 0. gr. 02 à 0. gr. 05, prise en deux ou trois fois. Cette dose est augmentée progressivement, de manière à arriver en 10 ou 12 jours à administrer 1 gr. à 1.25 par jour. Cette dernière dose est continuée pendant 6 semaines, puis brusquement interrompue et remplacée par le bromure de potassium, à la dose de 7 grammes par jour. Cette dose est continuée pendant deux mois, puis réduite progressivement à 2 grammes par jour, quantité moyenne et variable selon les cas.

L'administration de l'opium à doses aussi élevées n'étant pas sans amener parfois des accidents sérieux,—tels que vomissements, constipation opiniâtre, crises diarrhéïques, hyperthermie, hallucinations, délire, — Flechsig recommends, et en cas d'intolérance la suppression de l'opium par doses progressivement décroissantes.

Cette méthode de traitement aurait donné, entre ses mains, de bons résultats, surtout chez les jeunes gens beaucoup moins dans le petit mal que dans le grand. Elle doit être appliquée avec prudence chez les malades affaiblis physiquement, atteints d'affections cérébrales en foyer ou présentant de la tendance à l'état de mal. Cette méthode eût ses partisans; elle eût aussi ses adversaires. Ces derniers rapportent non-seulement des insuccès, mais aussi des décès survenus au cours du traitement.

Les auteurs ont soumis à la cure de Flechsig un certain nombre d'épileptiques de leur service de Bicètre. Sur une première série de 12 malades, 1 à refusé de continuer au bout de 3 jours, 5 ont dû cesser le traitement en raison d'accidents d'intoxication. Des 6 autres, suivis pendant un an, 3 n'ont pas été modifiés, et 3 ont vu leurs accès diminués de près de moitié.

Une deuxième série de 10 malades fut soumise au même traitement. L'un d'eux à refusé de continuer. Un autre, arrivé à 0. gr. 60 d'opium, est mort à la suite d'une série d'attaques. Uu 3e malade, arrivé à 0.70 d'extrait d'opium, présenta des accidents d'intoxication qui mirent sa vie en danger. Les 7 autres malades, arrivés à 0.80 d'extrait, présentèrent également des phénomènes d'intoxication tellement sérieux qu'il devint nécessaire d'interrompre le traitement.

De l'ensemble de leurs recherches personnelles, les auteurs concluent que le traitement de Flechsig n'est supporté que par un nombre restreint de malades. Son administration nécessite des soins et une surveillance tels qu'il est indispensable de placer d'abord l'épileptique dans un milieu spécial; encore reste-t-elle toujours difficile, souvent même dangereuse. Ces contre-indications sont loin d'être compensées par les bénéfices, somme toute assez minimes, qu'on peut en retirer et qui ne leur paraissent pas supérieurs à ceux de la cure bromurée simple.

E. P. CHAGNON.

Douleurs d'origine gastrique.—(*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratique*).

Chez un homme atteint d'ulcère transformé en cancer, Dieulafoy obtint un résultat éclatant contre la douleur par la potion suivante:

Eau de chaux	100 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	3 centigrammes.
Chlorhydrate de morphine	3 centigrammes.

Toutes les heures on donna une cuillerée à soupe de lait additionnée d'une cuillerée à thé de cette eau de chaux préparée comme ci-dessus.

Dès le lendemain les douleurs étaient moins vives. On augmenta progressivement la quantité du lait jusqu'à 100 grammes toutes les heures si bien qu'au bout de quinze jours le malade absorbait sans vomissements une dose journalière de 1200 à 1500 grammes de lait.

La levure de bière dans le diabète (par CANAERT, dans le *Nord Médical*).

L'auteur apporte des faits nouveaux et favorables au traitement du diabète par la levure de bière sèche à la dose de trois cuillerées à thé par jour.

Il rapporte le cas d'une malade qui vit son sucre tomber de 101 grammes par jour à zéro après une cure de quinze jours. Elle portait aux jambes des plaies qui se cicatrisaient complètement après une menace de gangrène. Quatre mois plus tard réapparition des mêmes troubles après cessation de traitement: même cure, même succès.

L'auteur espère de voir l'usage de la levure de bière se répandre de plus en plus à cause des succès obtenus.

Traitement du tic douloureux de la face.—(GRAND CLÉMENT, dans *Lyon Médical*).

L'auteur donne la formule suivante qu'il injecte loco dolenti dans le tic douloureux de la face.

Eau distillée	10 grammes
Antipyrine	4 grammes.
Cocaïne	0 gr. 05 centigr.

Il rapporte l'histoire d'une malade qu'il injecta chaque jour durant six semaines pour un tic douloureux qui lui causait des douleurs très vives dans la région oculaire; l'œil semblait violemment tiré en arrière à chaque paroxysme. Elle n'osait ni boire ni manger, etc., dans la crainte d'un accès. Au bout de ce temps, l'amélioration fut réelle et persista. Plusieurs autres cas ont été favorablement influencés de cette façon.

Influence de la forme d'administration des médicaments (Extrait du *Scalpel*, 10 février 1001).

L'iodure de potassium, aux doses de 0 gr. 30 centigrammes, administrées avant les repas dans 15 grammes d'eau, guérira une bronchite en quatre jours, tandis que les mêmes doses prises dans 60 grammes d'eau après les repas, n'apporteront aucun soulagement, même données pendant plusieurs semaines.

Le fer, administré dans une mixture effervescente, agira rapidement et favorablement sur l'anémie, tandis qu'il reste inefficace ou même produit de mauvais effets, donné sous une autre forme.

La morphine qui, en solution aqueuse, diminue à peine la toux, l'atténuera rapidement si on la dissout dans une petite quantité d'excipent visqueux.

Le sulfate de magnésie à la dose de vingt à trente grammes avec autant d'eau chaude qu'il en faut pour le dissoudre administré le matin, le malade s'abstenant de boire durant quelque temps—aura une action favorable sur l'épanchement pleural.

La noix vomique, la digitale, la belladone, et probablement beaucoup d'autres, sont beaucoup plus efficaces si on les mélange avec un peu d'eau immédiatement avant leur administration que quand on les prépare sans forme de solutions dans lesquelles elles sont souvent des journées entières en contact les sels alcalins.

Traitement de la cystite chronique par le gargarisme de l'urèthre postérieur, par MONTFORT, dans *Gazette Médicale de Nantes.*

L'auteur rappelle qu'il faut traiter l'urétrite postérieure qui complique presque toujours la *cystite chronique,* sans quoi cette dernière est souvent inguérissable. Le professeur Guyon a préconisé un traitement qu'il appelle le gargarisme de l'urèthre postérieur. L'auteur rapporte deux faits où ce mode de traitement a eu un effet salutaire sur deux cystites jusque là rebelles à tout traitement. La chose est importante à noter à cause du retentissement sur les reins et sur l'état général.

Guyon a dit qu'il n'y a pas de cystite sans uréthrite postérieure. Voici la manière d'en faire le diagnostic: c'est le procédé des trois vases. Le premier jet, balayant le pus de l'urèthre, donne une urine purulente. dans le premier verre; le second jet, passant dans un canal à peu près net, donne une urine plus limpide dans le second verre; enfin la vessie achevant de se vider verse son contenu qui est aussi purulent dans le troisième verre. Nous avons donc ici, avec trois verres les caractères de l'urétrite postérieure compliquant la cystie chronique.

Voici en quelques mots le meilleur moyen de procéder au lavage de l'urèthre dans ces cas.

" L'urèthre antérieur ayant été préalablement lavé, on introduit une sonde jusque dans vessie; elle devra être d'un numéro aussi élevé que possible et porter à son extrémité deux yeux larges de façon à permettre une bonne irrigation. La vessie évacuée est remplie d'une petite quantité d'eau boriquée—40 à 50 grammes environ, et pendant que le liquide s'écoule, on retire peu à peu la sonde jusqu'à ce que l'écoulement s'arrête; on a ainsi la preuve qu'on est dans l'urèthre postérieur.

Laissant la sonde à cette place, on injecte de l'eau boriquée et procédant par coups de piston, c'est-à-dire, en injectant peu de liquide à la fois et en veillant à ce que le liquide ne reflue pas le long de la sonde. Il ne reste plus qu'à enfoncer la sonde pour évacuer la vessie dans laquelle s'est accumulée l'eau du lavage. Cette manœuvre pourra être recommencée plusieurs fois dans la même séance. On termine par un lavage de vessie."

Les liquides employés sont: l'eau boriquée pour le lavage au piston suivi d'un lavage au nitrate d'argent à 1 p. 100 et même à 1 p. 500.

J.A.LeSage.

PHARMACOLOGIE.

Formulaire clinique.

ASTHME.

1° *Attaque :* Aération. Pyridine x à xv gouttes en inhalations sur un mouchoir ou une cuillerée à thé dans une soucoupe dans la chambre du malade.

2° *Intervalles :* a) Vingt jours par mois, une cuillerée à soupe trois fois par jour de la solution suivante :

Iodure de potassium (chimiquement pur)	10 grammes.
Teinture de lobélie	} ā ā 10 grammes.
" " polygala	}
Extrait d'opium	0 gr. 10 centigrammes.
Eau	300 grammes.

(b) Durant les dix autres jours prendre une cuillerée à thé matin et soir de la solution suivante :

Arséniate de soude	0 gr. 10 centigrammes.
Eau	100 grammes.

Contre la migraine :

Antipyrine	0 gr. 50 centig.
Phénasétine	0 gr. 25 centig.
Caféine	0 gr. 05 centig.
Acide citrique	0 gr. 01 centig.

Pour une poudre ou un sachet. Un ou deux par jour.

Contre les brûlures :

Chlorydrate de cocaïne	1 gramme.
Aristol	4 grammes.
Huile d'olive	20 grammes.
Lanoline	75 grammes.

En application locale.

Contre le mal de dents :

Menthol	0 gr. 10 centig.
Chlorydrate de cocaïne	0 gr. 20 centig.
Alcool	60 grammes.
Sirop simple	30 grammes.

Une cuillerée à thé de demi-heure en demi-heure.

BIBLIOGRAPHIE.

GEORGES CARRE et C. NAUD, Editeurs. 3, rue Racine, Paris.

La Goutte et le Rhumatisme par ARMAND DELPEUCH, médecin de l'Hôpital Cochin. 1 vol. in-8 carré, de 680 pages, avec 10 planches hors texte, dont 1 en chromotypographie. Cartonné à l'anglaise.....20 francs

A. MALOINE, Libraire-Editeur, 23-25, rue de l'Ecole-de-Medecine, Paris.

L'Electricité et la Thrapeutique moderne, par CH. CHARDIN, officier de l'Instruction publique, Electricien spécialiste. 1 vol. in-8 avec figures. relié toile.....2 fr. 50

Traitement rationnel de la Tuberculose pulmonaire et de ses modalits cliniques, par le Docteur A. PÉGURIER, lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier—ancien Médecin-major de l'armée. 1 vol. in 8.....16 fr.

Comment on préserve l'œil du liseur de la myopie, de ses progrès, de ses complications par le DR E. ROLLAND, de Toulouse.—*Bulletin d'Oculistique.*—Brochure de 48 pages avec 4 figures dans le texte. Prix : 1 fr. 25 c.

Cours de Minéralogie Biologique, 3e serie, par J. CAUBE (DU GERS). 1 vol. in-18.....4 fr.

SOCIETE D'EDITIONS, 4, rue Antoine-Dubois et Place de l'Ecole de Medecine, Paris.

Traitement de la Tuberculose et des affections respiratoires chroniques par les Injections Trachales, par le DR HENRI MENDEL, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte.....2 fr. 50

L'EDITION MEDICALE FRANCAISE, 29, rue de Seine Paris.

Le 28e volume de la collection : Comment on se défend contre les maladies coloniales, (*Guide du Voyageur et du Colon*), par le DOCTEUR J. CRESPIN, professeur suppléant à l'école de Médecine d'Alger, médecin sanitaire maritime

Agence Centrale de la PRESSE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE, 93, Boulevard Saint-Germain, VI, Paris.

Les maladies qu'on soigne à Berck-sur-Mer (*Abcès froids, adénites, ostéites, tumeurs blanches, coxalgies, mal de Pott, scoliose, luxation congénitale de la hanche, pied bot, etc.*), par le DR CALOT (de Berck-sur-Mer). Paris, 1900, 1 vol. in-18, 450 pages. Prix : 2 fr. broché ; 2 fr. 50 cartonné.

COLLÈGE DES

Médecins et Chirurgiens

DE LA PROVINCE DE QUEBEC.

Bureau Médical de la Province

EXAMEN PRÉLIMINAIRE

L'Examen pour l'admission à l'Etude de la médecine commencera JEUDI, le 19 septembre prochain, à Québec, à 9 heures a. m., dans les salles de la Faculté des Arts de l'Université Laval.

Les certificats de bonne conduite ainsi que l'honoraire de l'Examen, $20, doivent être remis au moins dix jours d'avance, entre les mains de l'un des secrétaires soussignés.

ASSEMBLÉE SEMI-ANNUELLE.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine aura lieu MERCREDI ET JEUDI, les 25 et 26 septembre prochain, à 10 heures a. m., à Québec, dans les salles de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

Les Candidats à l'Examen professionnel ou à la licence, doivent remettre l'honoraire, $40, entre les mains de l'un des Secrétaires soussignés, au moins dix jours d'avance.

Le comité des créances s'assemblera mercredi, le 25 septembre prochain, à Québec; les candidats doivent se présenter avec leurs diplômes et certificats d'admission à l'Etude. Après cette date, aucun candidat ne sera admis.

Le Comité d'Examen Professionnel se réunira mercredi, le 25 septembre prochain, à Québec.

Les bâcheliers ès-arts, ès-sciences et ès-lettres qui se proposent d'étudier la médecine, peuvent être admis en présentant leurs diplômes dûment assermentés sur demande au secrétaire, à Québec, ou Montréal, au moins huit jours avant la réunion du bureau, où ils pourront prêter serment devant un juge de paix de leur localité, sur une formule qu'on pourra avoir de chaque secrétaire.

J. P. BOULET, M. D.,
Québec.

J. A. MACDONALD, M. D.,
Montréal,
Secrétaires.

SEPTEMBRE 1901.

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.

521 — Grossesse extra-utérine ..... *Harwood*

532 — Maladie de Hanot à forme splenomégalique chez une jeune fille de 14½ ans ..... *Mercier* et *LeSage*

540 — Fièvre typhoïde chez un bébé de quatre mois et onze jours ..... *Dubé*

REVUE GÉNÉRALE.

548 — Traitement du rhumatisme chronique ..... *Hervieux*

554 — Recherche de l'albumine dans l'urine ..... *Rivet*

ACTUALITÉS MÉDICALES.

556 — La tuberculose au congrès de Londres ..... *LeSage*

570 — Onzième congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française ..... *Chagnon*

ANALYSES.

MÉDECINE

576 — Technique nouvelle de la rachicocaïnisation ..... *LeSage*

CHIRURGIE.

577 — Valeur comparative des méthodes d'exploration de la perméabilité rénale et du cathétérisme de l'uretère ..... *Marien*

THÉRAPEUTIQUE.

579 — Quinine dans les tumeurs malignes récidivantes. —Méthode d'élongation trophique dans l'ulcère chronique ..... *Chagnon*

PÉDIATRIE

580 — La toux et ses causes chez les enfants.. ..... *Dubé*

PHARMACOLOGIE.

581 — Rhumatlsme articulaire aigu.—Formulaire clinique.

BIBLIOGRAPHIE.

582 — Le nourrisson. .... *Dubé*

MEMOIRES

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

OBSERVATIONS CLINIQUES

Par L. DE L. HARWOOD

Professeur agrégé à l'Université Laval, Gynécologiste à l'Hôpital Notre-Dame.

Au cours de ces dernières années, j'ai eu la bonne fortune d'observer, — tant dans la salle de gynécologie de l'Hôpital Notre-Dame (serviec d'été) qu'en clientèle privée, un certain nombre de malades, dont l'histoire clinique me semble présenter un intérêt tout particulier.

Il s'agit de cet accident *grave* mais fort heureusement *rare*, " la grossesse extra-utérine."

Quoique les premiers cas signalés, de cette anomalie de gestation, remontent à des dates déjà éloignées, ce n'est que depuis relativement peu que l'on s'est appliqué à l'étude de cette intéressante question.

Aux gynécologues, revient de droit, la plus large part de notre reconnaissance pour les données précises que nous possédons sur ce singulier *caprice de nature*.

Grâce, en effet, à leur observations minutieuses, aux nombreuses laparotomies par eux pratiquées, aux examens post-mortem, complétés de recherches microscopiques, entrepris sous leur direction, nous sommes en possession de renseignements suffisamment exacts, sur la marche et la pathologie de la grossesse extra-utérine, pour nous permettre d'en établir le diagnostic précis.

Comme les traités de Chirurgie générale et d'Obstétrique ne nous disent que peu de chose de la gestation ectopique, et que cette question est surtout traitée dans des publications qui sont presqu'exclusivement feuilletées par ceux d'entre nous qui se livrent à des études spéciales, j'ai cru avantageux, avant de présenter les quelques observations que je groupe

ici, de dire brièvement ce que l'on entend par grossesse extra-utérine, quelle est sa symptômatologie, comment la reconnaître et par quels moyens y remédier.

La grossesse est dite *extra-utérine* ou *ectopique* chaque fois qu'un ovule fécondé s'arrête et se développe en dehors de la cavité utérine normale.

L'on partage, selon le siège du point d'arrêt de l'ovule, la grossesse ectopique en *grossesse tubaire, grossesse intersticielle* et *grossesse ovarienne.* Cette nomenclature indique suffisamment ces localisations diverses pour qu'il me soit inutile de m'attarder à les décrire.

Pour nos aînés, qui croyaient que la rencontre de l'ovule et du germe fécondant se faisait dans la cavité utérine, il était difficile de se rendre compte de la possibilité de ces gestations anormales; mais maintenant qu'il est admis que le spermatozoïde, par son mouvement propre, traverse l'utérus, pénètre dans les trompes de Falloppe et se rend même jusqu'à l'ovaire à la recherche de l'œuf auquel il s'attachera, il nous est plus facile de s'expliquer ce singulier accident.

Tout ce qui peut gêner ou entraver la migration de l'ovule vers la cavité utérine peut être considérée comme cause prédisposante ou cause effective de cette fausse implantation ovulaire. Le développement de petits polypes dans la trompe, le rétrécissement du calibre de l'oviducte, les altérations de l'endothélium vibratil, les torsions ou coudures de la trompe sont autant de lésions qui, en s'opposant au libre acheminement de l'ovule vers l'utérus, peuvent déterminer une grossesse extra-utérine.

Les grossesses tubaires, intersticielles ou ovariennes, sont dites *primitives* tant que l'ovule continue de se développer là où il s'est d'abord fixé. Mais au cours de l'évolution du kyste fœtal il survient généralement d'importantes modifications qui sont comme une seconde phase de ces formes primitives et constituent les *grossesses extra-utérines secondaires.* Parmi cette seconde catégorie nous avons les grossesses *abdominales*, les grossesses *intraligamentaires*, les grossesses *tubo-abdominales* et les *tubo-ovariennes.*

Voyons quand et comment surviennent ces déviations des types primitifs. L'ovule fécondé, accidentellement retenu sur un point quelconque de la trompe, (grossesse tubaire primitive), s'y implante et se développe. Pendant les premières semaines de ces gestations, les parois de la trompe se prêtent sans trop d'efforts à l'augmentation de volume de la masse fœtale, mais après quelque temps, (de la 12e à la 14e semaine), tant à cause des altérations histologiques survenues au niveau de l'insertion placentaire, qu'à cause de la surdistention des tissus, il se produit une rupture de la paroi de la trompe. L'ovule, jusque-là en tous sens comprimé par cette gaine musculaire devenue trop étroite, s'engage dans la brèche laissée par la déchirure et tombe dans la cavité péritonéale.

La grossesse, d'abord *tubaire primitive*, sera passée, secondairement, *grossesse abdominale.*

Mais, si c'est au niveau du méso-salpinx que la paroi tubaire a cédé, la masse fœtale, expulsée de la trompe par l'ouverture ainsi créée, s'engage entre les feuillets du ligament large et nous serons alors en présence de cette autre forme secondaire: la *grossesse intra-ligamentaire* ou *extra-péritonéale.*

La grossesse intersticielle, comme la grossesse tubaire, peut, sous les mêmes influences, devenir grossesse abdominale, ou grossesse intra-ligamentaire, mais elle est, de plus, susceptible d'une autre modification, elle peut devenir *utérine* et se terminer comme une grossesse normale. Dans ce cas, le développement ovulaire se fait surtout vers le corps utérin, et c'est sur ce point de moindre résistance que se produit la rupture, livrant ainsi passage à l'œuf qui glisse dans la cavité utérine.

La grossesse ovarienne, de beaucoup la plus rare, " one of the greatest gynecological rarities " dit Kelly, peut être, secondairement, transformée en grossesse abdominale.

Mais le passage de l'ovule, de la trompe ou de l'ovaire, à la cavité péritonéale, n'est pas toujours aussi complet que nous venons de le dire. Le produit fœtal peut n'être qu'en partie expulsé, ou encore, l'embryon, sorti de l'œuf, sera bien dans la cavité intestinale alors que le placenta aura conservé ses premiers points d'attache. De ces évolutions incomplètes nais-

sent ces formes intermédiaires que nous appelons selon le cas; *grossesse tubo-abdominale, grossesse tubo-ovarienne*, etc.

A quels signes soupçonner l'existence d'une grossesse ectopique? par quels moyens la reconnaître? voilà ce que, au point de vue pratique, il nous faut surtout savoir.

Les débuts de la gsetation extra-utérine n'apportent souvent pas d'autres ennuis que ceux qui appartiennent à la grossesse normale; dans quelques cas même la gestation peut arriver à terme avant de se trahir par des troubles particuliers. Cette marche inaccidentée est toutefois exceptionnelle; dans la majorité des cas surviennent ces ruptures, plus haut mentionnées, qui modifient complètement la scène.

Les grossesses extra-utérines, selon que nous les observons avant ou après la rupture du sac fœtal, présentent une physionomie clinique tellement distincte que nous trouvons plus avantageux d'étudier séparément ces deux phases de la gestation ectopique.

Observée avant la rupture du sac, la grossesse tubaire ne présente pas d'autres symptômes que ceux notés au début d'une grossesse utérine normale: suspension des règles, nausées, coloration plombée de la muqueuse génitale, picottements aux seins, etc. Les seuls troubles qui peuvent faire naitre quelques inquiétudes chez ces malades sont des douleurs pelviennes et certains malaises particuliers que les multipares savent ne pas avoir éprouvés lors de leurs grossesses antérieures. Dans l'un des culs-de-sac existe une masse mobile, ovoïde, plus ou moins grosse selon l'âge de la gestation. L'utérus souvent repoussé par la tumeur est légèrement augmenté de volume. Vers le 7e mois, quelquefois au 10e seulement, surviennent de violentes douleurs intermittentes, expulsives, que nous désignons du nom de *faux travail*. Au moment de ces crises, le fœtus périt, et la mère peut garder pendant des années en son sein le sac fœtal et son contenu. Le plus ordinairement, cependant, surviennent des péritonites qui tuent la femme; on a aussi signalé la formation d'abcès qui se font jour à l'extérieur en s'ouvrant, soit dans le vagin, soit dans le rectum, ou même à travers la paroi abdominale. Dans le cas

de ces suppurations, des débris fœtaux sont expulsés et la malade peut survivre.

Jusqu'au moment de la rupture du sac, les symptômes de la grossesse tubaire seront ceux que nous venons de décrire. La femme, jusque là relativement bien, sans provocation, éprouve subitement au bas-ventre une douleur vive, déchirante, suivie d'une anémie profonde qui peut aller jusqu'à l'évanouissement et même à la mort. C'est la scène classique de la rupture avec sa complication: l'hémorrhagie interne. De la quantité, plus ou moins considérable, de sang *extravasé* dans la cavité abdominale dépend la gravité immédiate de l'accident.

A moins d'une hémorrhagie très abondante, véritable inondation péritonéale, la femme se remet de cette première alerte, elle reste, cependant, sous la menace d'attaques secondaires qui peuvent être plus sévères que la première. L'hémorrhagie au moment de la rupture doit donc être considérée comme une complication d'une *grande gravité*.

Du côté de la lésion, le sang épanché dans le pelvis forme une masse qui repousse le cul-de-sac vers le vagin et refoule le corps de l'utérus en haut. Ces symptômes de compression varient naturellement d'intensité avec la dimension du caillot qui les détermine. A la suite de la rupture, l'un des symptômes les plus constants est l'apparition de pertes sanguines venant de l'utérus. Ces pertes ont une tendance à se répéter souvent, presque tous les jours, et cela, pendant des semaines, si la femme n'est pas traitée. A ces écoulements se mêlent aussi parfois des lambeaux de membrane déciduale; la présence de ces débris déciduaux a une grande valeur diagnostique.

Presque toujours, l'embryon succombe au milieu de l'hémorrhagie qui suit la rupture du sac fœtal; mais si le placenta conserve assez de ses anciennes adhérences pour maintenir la circulation dans le cordon ombilical, l'enfant peut résister et continuer de se développer en donnant les signes de vie connus au cours de la grossesse normale: mouvements, bruits du cœur, etc.

Dans ces cas, c'est au moment du *faux travail* que meurt le fœtus. Abandonné ainsi dans la cavité péritonéale, il détermi-

nera des accidents infectieux avec leurs conséquences graves. On signale des observations où le *petit cadavre* avait subi une dégénérescence calcaire qui l'avait pour ainsi dire pétrifié, et c'est dans cet état qu'on les retrouva après des années.

Les moyens dont nous disposons, pour établir l'existence de la grossesse extra-utérine, nous viennent de deux sources: l'histoire de la malade et l'exploration du bassin. Quelque précieuses que soient les informations ainsi obtenues, le diagnostic n'en présente pas moins des difficultés réelles.

Dans tous les cas, où il y a doute, nous ne saurions trop insister sur les avantages offerts par une étude soignée de l'histoire antérieure de la malade d'où le chirurgien tirera plus de renseignements que du toucher vaginal qui, souvent, n'aura rien de caractéristique.

La grossesse extra-utérine nécessite un traitement chirurgical. Débarrasser la malade de son produit fœtal, afin de lui éviter les accidents graves qui fatalement surviennent au cours de ces gestations anormales, tel est le but à atteindre. Deux modes opératoires s'offrent au chirurgien pour l'exécution de sa tâche: la section abdominale, et la section vaginale.

Nous croyons qu'il vaut mieux, dans la majorité des cas, recourir à la première de ces méthodes: elle permet une inspection plus facile des parties et un meilleur contrôle de l'hémorrhagie qui, dans cet ordre de cas, constitue un danger particulièrement redoutable.

Les auteurs s'accordent à conseiller l'intervention immédiate: dès que le diagnostic est posé, la malade doit être informée de son état et de la nécessité d'une opération. L'expectation, dans l'espérance de sauver l'enfant, est illisoire et grosse d'inconvénients pour la mère.

Nous avons espéré, par cette revue brève et nécessairement superficielle des grossesses ectopiques, rendre plus intéressante la lecture des quelques observations que nous présentons ici.

Pour un certain nombre de nos cas, le diagnostic est resté contestable, car il n'a pas toujours été confirmé par l'examen microscopique.

Tout de même, l'ensemble présenté par l'histoire de la ma-

lade, la marche de l'affection, l'apparence des pièces enlevées, nous a paru suffisamment convainquant pour fortifier nos convictions — nous avons du reste une autre justification dans l'opinion des histologistes qui admettent que, même quand les recherches microscopiques restent négatives, l'embryon a pu exister et disparaître ensuite par résorption.

OBSERVATION I.

Mme L..., âgée de 32 ans,— forte, toujours bien portante,— multipare,— saute deux de ses menstruations. Elle souffre dans le ventre assez sévèrement par moment, puis surviennent des pertes abondantes. Un médecin lui conseille le repos et lui donne un traitement. Après quelques jours Mme L... est très subitement prise de douleurs vives au bas ventre, elle éprouve une grande faiblesse qui la force de s'aliter.

C'est à ce moment que nous la voyons à l'hôpital Notre-Dame où elle a été transportée.

A l'examen, le ventre est sensible, tendu, surtout au côté gauche. L'utérus, légèrement augmenté de volume, est refoulé à droite.

Une masse ferme, immobile, occupe le cul-de-sac latéral gauche, qui est repoussé vers le vagin.

La vulve est plombée; — à la pression, les seins émettent quelques gouttelettes d'un liquide visqueux.—Durant tout ce temps, des pertes sanguines plus ou moins abondantes ont persisté. La malade croit avoir été enceinte et attribue son état à une fausse couche.

Nous posons le diagnostic de grossesse tubaire rompue, avec épanchement de sang dans le pelvis. Mme L... informée de notre opinion accepte l'intervention que nous lui proposons. Après la préparation ordinaire, la malade est apportée à la salle d'opération et nous pratiquons une laparatomie. La trompe gauche est enlevée, le bassin soigneusement débarrassé des caillots qu'il contient et la plaie abdominale refermée sans laisser de drainage.

La trompe, examinée, présente à son portion médiane un renflement ovoïde, lisse, la paroi tubaire est déchirée et un caillot fait bouchon dans l'ouverture. Sectionnée longitudinalement, la trompe contient une masse de la grosseur d'un pruneau, fermement organisée, adhérente à la paroi. Par l'examen macroscopique, nous ne trouvons pas d'embyron, il n'y a pas eu de recherches au microscope. La convalescence fut heureuse.

OBSERVATION II.

Mme F..., nous est apportée de la campagne à l'hôpital Notre-Dame où nous la trouvons dans l'état grave suivant: Figure anxieuse, respiration rapide, pouls 120, température 102° F, tourmentée de soif, vomissan tout ce qu'elle tente de prendre.

Nous obtenons, non sans difficulté, ces quelques renseignements. Mme F..., âgée de 34 ans, est mère de sept enfants. Son dernier accouchement date d'un an. Mme F... est restée sans menstruation. Depuis 4 à 5 mois, elle souffre du côté gauche où s'est développée une tumeur qui est maintenant nettement apparente sous la paroi abdominale. Depuis 2 mois, Mme F...

ne peut marcher que difficilement, tant ses douleurs sont grandes. Il y a 10 jours, notre malade fut prise de frissons et de vomissements, elle souffre par tout le ventre. On décide alors de la transporter à l'hôpital. A l'examen nous trouvons le ventre fortement développé, surtout du côté gauche, où il nous est facile de délimiter une tumeur dont le bord supérieur remonte jusqu'à l'ombilic. Le palpé est très douloureux, la masse nous paraît dure et peu mobile. Pas de points de fluctuation appréciable.

Au toucher, le vagin est chaud, pulsations marquées. L'utérus est gros, en rétroversion, le col entre-ouvert, un peu mou. A gauche et au-dessus de l'utérus, nous retrouvons une masse qui fait corps avec la tumeur abdomnale, sur un point, nous pensons trouver de la fluctuation. — Pour le diagnostic, nous hésitons, entre un kyste à pédicule tordu et un fibrôme suppuré. L'indication d'une opération nous paraît formelle, il fallait, le plus tôt possible, libérer la malade de ce foyer d'infection.

Le lendemain, nous intervenons par une laparatomie. A l'ouverture du ventre, nous trouvons le péritoine, l'épiploon et les anses de l'intestin, fortement congestionnés, agglutinés à la vessie, au-dessus de la tumeur que nous n'atteignons qu'après un travail pénible de dissection. Dans le sac que nous avons ouvert, nage, au milieu d'un liquide louche, sanguinolent et infecte, un fœtus macéré, de 4 â 5 mois. Après l'extraction du fœtus, nous évitons toutes autres manipulations, à cause de la friabilité des tissus, qui saignent avec une facilité extraordinaire. Nous irriguons ensuite abondamment le sac fœtal, au sérum chaud, puis nous rembourrons à la gaze iodoformée. La plaie abdominale est refermée, moins l'espace occupée par les mèches, et la malade reportée à son lit. A ce moment, la condition de notre opérée est des plus critiques,—pouls filiforme, extrémités froides—nous prescrivons les stimulants, etc., mais en vain. Mme F... meurt, 32 heures après notre intervention.

OBSERVATION III.

Mme L... santé généralement bonne, mère de 3 enfants, le dernier a 2 ans.. A la suite d'une absence de règles, de deux mois, la malade fait une perte abondante. Avec des caillots, elle passe des débris de muqueuse—"comme une enveloppe" dit la malade.—Mme L... croit avoir fait un avortement. Elle continue de souffrir du côté gauche, et éprouve des malaises qui la forcent de se mettre au lit. Tous les jours elle perd du sang, en petite quantité, toutefois. Appelé par un collègue, à examiner la malade, je trouve l'utérus légèrement dévié à droite, — le corps de l'utérus est globuleux mais normal de dimension,— le col est mou et entre-ouvert. A gauche, nous constatons l'existence d'une petite tumeur mobile, lisse, ferme au toucher. Etant donné l'histoire antérieure, nous nous arrêtons au diagnostic de grossesse tubaire. Dans la trompe, enlevée quelques jours plus tard, nous trouvons une masse dure de la grosseur d'un œuf, la tumeur adhère à la muqueuse de la trompe sur un point seulement.

Nous ne retrouvons pas d'embyron, mais nous maintenons notre diagnostic comme "le plus probable." Mme L... laissa l'hôpital 20 jours plus tard, parfaitement remise.

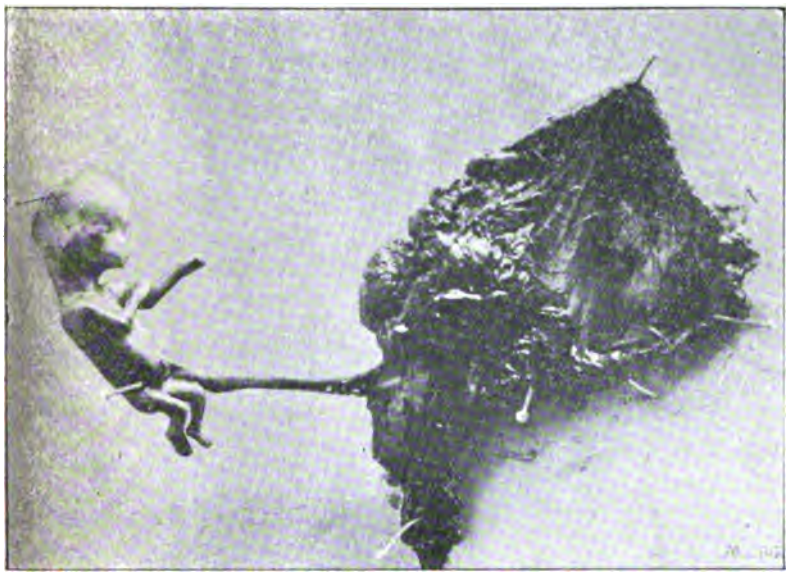
OBSERVATION IV.

Mme D..., âgée de 36 ans, multipare, éprouve, pendant un arrêt de menstruation de 3 mois, tous les signes probables de la gestation. Quelques dou-

leurs au bas ventre l'inquiètent. Un jour qu'elle cause avec sa famille, subitement, elle ressent au côté gauche une douleur déchirante, et s'évanouit après quelques moments.

Le Dr S., mandé en toute hâte, lui administre les soins d'urgence: stimulants, etc., et grâce aux renseignements fournis par l'entourage et par un examen soigneux, porte le diagnostic de rupture d'une grossesse extra-utérine, avec hémorragie.

Notre collègue nous prie alors de le rejoindre auprès de sa cliente. Nous trouvons Mme D... profondément anémiée, la face est pâle, le pouls rapide et petit; le ventre tendu, sensible à la pression. L'utérus est difficile-



Photographie des pièces enlevées à Mme D...

ment délimitable, les culs-de-sac sont pleins, mais élastiques. Nous acceptons l'opinion du Dr S., et Mme D... est transportée à l'hôpital Notre-Dame, où nous l'opérons le jour même.

A l'ouverture du ventre, toute la cavité abdominale paraît remplie de caillots — les intestins flottent dans le sang.

C'est l'inondation péritonéale. Nous enlevons, sans difficulté, la trompe gauche, où siège la lésion.

La toilette de la cavité abdominale, à cause de la grande quantité de sang épanché, fut longue. Nous refermons ensuite le ventre sans drainer. Mme D... sous le coup de ce double choc, ne se releva que lentement; elle ne put laisser l'hôpital que 6 ou 7 semaines après l'intrvention.

A l'inspection de la pièce enlevée nous constatons que la trompe, qui enveloppe une tumeur, de la grosseur du poing, est déchirée sur une longueur d'un pouce environ.

La masse elle-même renferme un fœtus de 8 à 12 semaines, celui-ci, parfaitement sain, tient encore au placenta par le cordon omblical.

OBSERVATION V.

Mme L..., âgée de 21 ans, mariée depuis 10 mois, a une supression de règles de 2 mois — elle souffre, par intervalles, considérablement dans le bas ventre—ces crises douloureuses s'accompagnent de nausées.

Elle fut d'abord traitée pour une lésion intestinale. Les écoulements du sang lui reviennent et se continuent presque sans interruption. Le Dr T., appelé, soupçonne une grossesse ectopique chez la malade et nous invite à la voir. — Mme L... est au lit depuis plsieurs jours quand nous la voyons, —son ventre est excessivement sensible; par le toucher vaginal, nous trouvons une masse qui repousse l'utérus en haut, le corps utérin paraît de dimension normale. Comme le Dr T., nous croyons à l'existence d'une grossesse extra-utérine et conseillons une intervention.

Mme L... est opérée, quelques jours plus tard à l'hôpital Notre-Dame. On lui enlève la trompe droite dans laquelle nous retrouvons un œuf fécondé, en pleine évolution.

Mme L... laissa l'hôpital après 3 semaines.

OBSERVATION VI.

Mme P.... 33 ans, multipare, santé antérieure bonne—reste 3 mois sans règles—elle est, de plus, incommodée de nausées, picottements aux seins. Mme P... est convaincue d'être enceinte.

Elle éprouva souvent, du côté gauche, des douleurs lancinantes,... puis survinrent des pertes de sang qui se manifestent tous les jours ou à peu près pendant 5 semaines.

La malade est maintenant affaiblie.—Un soir, après la tâche de la journée péniblement accomplie — notre malade ressent du côté gauche une douleur excessive, à peine Mme P... trouve-t-elle la force de se rendre à son lit qu'elle dut garder pendant plusieurs jours.

Mme P... est restée faible... son ventre est sensible. Le Dr J., fut consulté et nous dirigea la malade.

Mme P... est pâle,, figure souffrante, le pouls rapide.

Le ventre est très douloureux, il y a défense musculaire. Au-dessus du pubis, s'étendant surtout vers la gauche, existe une masse dont les contours supérieurs sont nettement appréciables.

Par le toucher vaginal,, on localise l'utérus en haut et à droite, il paraît faire corps avec la tumeur supérieure qui, pourtant, est mobile sur l'utérus. Le col est mou. Toute la portion gauche du bassin est pleine, les culs-de-sac cont effacés. Malgré que le toucher soit ici peu caractéristique, l'histoire de la malade nous paraît tellement significative, que nous nous arrêtons au diagnostic de grossesse extra-utérine, compliquée de la présence d'un fibrôme attaché au fond de l'utérus.

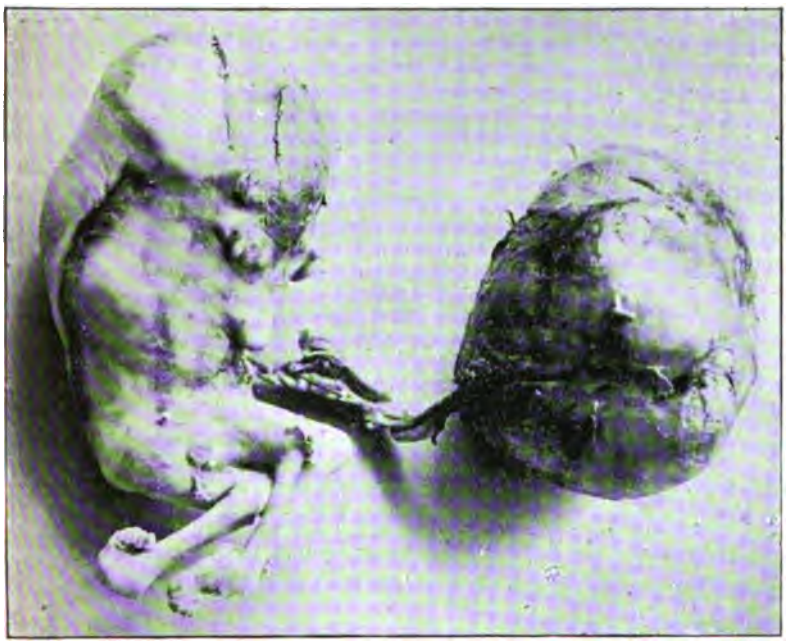
Mme P... acepte le traitement que nous lui proposons, et se rend à l'hôpital Notre-Dame.

Trois jours plus tard nous pratiquons une laparatomie — le ventre contient du sang — le petit bassin est rempli de caillot. — Au-dessus et à gauche de l'utérus, couché au milieu des intestins, nous trouvons un fœtus de 4 mois environ.

La trompe gauche contient, en plus, une masse de la grosseur d'une orange. L'extirpation du fœtus et de la trompe fut particulièrement difficile à cause de l'hémorragie que nous avions à combattre. La toilette du péritoine finie, nous fermons le ventre.

Notre malade, très faible après l'opération, se remet sous l'influence de stimulants.

La trompe dans ce cas, n'est pas rompue, la masse qu'elle contient, est logée dans sa portion ampoulaire, et, entre les franges, sort un cordon mince qui nous paraît être le cordon ombilical affaissé.



Photographie des pièces enlevées à Mme P...

Le fœtus à des déformations du côté des pieds et des mains, mais la tête est parfaite.

La sensation donnée par la tête du fœtus située au-dessus du pubis est ce qui nous à fait croire à un fibrôme.

Notre intentoin, en présentant ces observations, était d'attirer l'attention sur une lésion, à laquelle nous ne songeons peut-être pas assez souvent car nous sommes convaincu que la grossesse extra-utérine, avec ses complications graves, est de beaucoup plus fréquente que l'on semble le croire généralement.

MALADIE DE HANOT A FORME SPLÉNOMÉGALIQUE CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 14½ ANS

OBSERVATION CLINIQUE

— PAR —

J.-A. LESAGE

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpitel Notre-Dame.

A.-F. MERCIER

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame

La malade qui fait le sujet de cette communication présente un cas type de la maladie décrite pour la première fois par Hanot sons le nom de cirrhose biliaire hypertrophique avec ictère chronique. Facilement reconnaissable à sa période d'état, quand il existe la triade symptômatique, cette affection peut, à ses débuts, embarrasser grandement le diagnostic, faire croire, v. g. à un ictère catarrhal, et porter le médecin inattentif à se tromper du tout au tout sur la nature du mal.

Elle est, d'un autre côté, relativement rare chez l'enfant; ainsi Gilbert et Fournier, qui s'en sont spécialement occupés, n'ont pu en recueillir que 7 cas entre 5 et 15 ans, et Comby n'en cite que 3 observations personnelles, bien que cette maladie d'après lui ne soit pas rare dans l'enfance. — Quoiqu'il en soit, il importe de se familiariser avec elle et nous avons pensé qu'on lirait avec profit, sinon avec intérêt, l'histoire clinique de notre petite malade.

I.—INTERROGATOIRE.

Délima H..., 14 ans et 6 mois.

Entre à l'hôpital Notre-Dame. Salle Ste-Marie, le 2 juillet 1901.

A. — Antécédents héréditaires.

Père, mère, vivants, en bonne santé.

Un frère, deux sœurs également vivants et bien portants.

L'interrogatoire, qui est très laborieux, ne donne rien de plus sur ce sujet, la malade, soit timidité naturelle, soit ignorance, répond difficilement aux questions. Le fait d'avoir, à partir de l'âge de deux ans, vécu loin de sa famille peut expliquer ses réticenses.

B. — Antécédents personnels.

Aurait eu rougeole, coqueluche... A deux ans, placée dans un hospice à

Longueuil, où elle demeure jusqu'à l'âge de 12 ans. Entre alors (en 1899) comme servante chez un cordonnier de St-Stanislas, et y demeure quatre mois. Aurait fait à cette époque quelque chose comme une éruption furonculeuse sur le tronc, les jambes, les bras. "Ces clous, nous dit la malade, étaient douloureux, rouges et donnaient issue à du pus." De plus, on apprend qu'elle aurait eu dans le même temps une série d'indigestions, "car, ajoute-t-elle spontanément, je n'étais pas accoutumée de manger toutes sortes de choses."

Retourne à Longueuil, où ses petites compagnes remarquent qu'elle est jaune.

Au mois de janvier 1900, se trouve assez bien portante pour rentrer en service, à Montréal. Aurait alors souffert de céphalalgie, la coloration jaune aurait augmenté beaucoup, et un jour, prise de vertige, elle tombe dans un escalier. On la relève et on appelle un médecin qui diagnostique une maladie du foie.

Ramenée à Longueuil et mise au lit, "bien que je ne fusse pas malade," remarque notre patiente. A Pâques (toujours en 1900), fait un séjour d'un mois à l'hôpital Notre-Dame, où on l'avait envoyée pour sa jaunisse qui persistait et augmentait. Apparition de douleurs dans l'hypocondre droit.

Passe 3 mois avec sa mère et accuse pendant quelques jours une vive démangeaison aux jambes.

Retourne à Longueuil, d'où elle vient ici le 2 juillet 1901.

En résumé, crises d'embarras gastrique à répétition, suivies de l'apparition d'un ictère insidieux, d'abord peu marqué mais persistant, progressif, accompagné à un certain moment d'hypertrophie du foie, si on en juge par le diagnostic du confrère; le tout sans altération notable de la santé, ni douleurs appréciables, la malade se croyant même assez bien pour ne pas garder le lit.

II.—EXAMEN DE LA MALADE.

La malade est franchement jaune. C'est le premier symptôme qui attire l'attention. Cette teinte jaune foncée, tirant sur le vert, est généralisée à toute la peau; elle est très marquée à la conjonctive et se retrouve nettement à la face inférieure de la langue. On observe aux paupières, aux angles interne et externe des deux yeux, la présence de taches symétriques, de la grandeur d'une fève, à peine saillantes, absolument indolores, d'un jaune chamois un peu brunâtre et tranchant par leur teinte plus claire sur le fond jaune de la peau voisine.

Il s'agit ici de la forme localisée du xanthélasma vrai, et ce symptôme méritait d'être signalé, étant donné, dit Brocq, que cette affection cutanée est fort rare chez l'enfant et n'occupe presque jamais les paupières.

L'idée d'une affection hépatique se présentait d'elle-même à l'esprit et l'exploration est immédiatement dirigée du côté du foie. En découvrant la malade on trouve un ventre énorme, très étendu, élargi, surtout dans sa

portion sus-ombilicale. Pas de circulation collatérale peu de sensibilité à la pression, et pas d'ascite. Le foie forme une grosse masse lisse, dure, peu sensible, débordant les fausses côtes d'un bon travers de main, i. c., 8 cent. environ, et donnant les mensurations suivantes: sur la ligne verticale passant par le mamelon, 18 cent. (7 pouces); sur la ligne verticale passant par l'appendice xyphoïde, 11 cent. (4.2). La tumeur se prolonge vers l'hypocondre gauche, de l'autre côté de la ligne médiane, qu'elle dépasse de 5 cent.

On ne trouve en aucun endroit trace d'hypertrophie de la vésicule.

En continuant l'examen du ventre, on trouve une seconde tumeur, plus volumineuse que la première, dure, lisse, peu douloureuse, manifestement constituée par la rate hypertrophiée et facilement accessible à la palpation dans sa partie inférieure. La malade étant couchée sur le côté droit, le bras gauche relevé sur la tête, on parvient sans peine en s'aidant de la percussion et de la palpation à tracer le contour de la tumeur.

Elle a une forme allongée et se dirige obliquement de la pointe de l'omoplate à l'ombilic. Elle mesure 28 cent. (11 pouces) dans son grand axe, c'est-à-dire, de la pointe de l'omoplate à l'ombilic, et 14 cent. (5½) dans son petit diamètre, c'est-à-dire, de l'appendice xyphoïde à l'épine iliaque.

Le cœur et les vaisseaux sont normaux.

Bruit de roue assez intense dans les vaisseaux du cou, à droite.

Pouls, moyenne: 90.

L'examen du sang, fait par trois fois avec l'hématimètre d'Hayem donne:

Globules rouges, 3,567,000; leucocytes 7,000.

Le degré d'anémie n'a pu être exactement déterminé. Le sérum sanguin est coloré en jaune.

Rien du côté des poumons et de la respiration.

L'appétit est bon, les digestions faciles, du moins à l'heure actuelle et l'intestin fonctionne régulièrement, pas de constipation ni de diarrhée notable. Les selles sont un peu décolorées, mais ne sont ni argileuses ni franchement jaunes.

Les urines, normales comme quantité, sont hautes en couleurs, foncées, et donnent nettement la réaction de Gmelin, i. c., contiennent des pigments biliaires. Pas d'urobiline, ni sucre, ni albumine.

Système nerveux, paraît intact.

La température à l'entrée était à 100° F., mais elle est revenue à la normale depuis.

III. Diagnostic et discussion de cas.

L'ictère, l'hypertrophie du foie et de la rate, sont les trois signes cardinaux de la maladie de Hanot. C'est indiquer dans quel sens s'orientait le diagnostic. Le fait est que l'ensemble symptômatique présenté par notre malade reproduit exactement la description classique des auteurs (1), et l'existence chez elle d'une cirrhose biliaire hypertrophique avec ictère chronique ne semble pas faire de doute.

D'une façon générale, le diagnostic est rarement aussi évident; très souvent, sinon presque toujours, il reste indécis entre deux ou plusieurs hypothèses et demande à être discuté.

Or, l'exactitude de la solution du problème, quel qu'il soit, ne dépend pas uniquement de la recherche et de la constatation des symptômes, mais aussi, et surtout, de la saine interprétation des signes et de la façon dont on aura conduit, au lit du malade, l'enquête destinée à dissiper les incertitudes du diagnostic.

D'où la nécessité de procéder avec méthode, de faire, après 1° l'interrogatoire, 2° l'examen du sujet, une étude aussi complète que possible de chacun des principaux symptômes, et d'en bien préciser la nature, si l'on veut ensuite être en mesure de les rapporter à leur véritable cause et définir leur sens diagnostique exact.

Ainsi, pour prendre un exemple, dans le cas de notre malade, et pour ne parler que de son ictère, il y avait d'abord à se demander si la teinte jaune qu'elle présentait était bien de nature ictérique, s'il s'agissait d'un ictère vrai ou faux. Et la réponse à cette question importait singulièrement au diagnostic, au pronostic même de son affection.

L'ictère vrai, biliphéique, conséquence du passage dans le courant sanguin des pigments biliaires non modifiés, par obstruction des conduits ou par hypersécrétion, donne à la peau une teinte caractéristique pouvant aller du jaune soufre clair au jaune le plus foncé, verdâtre et même noirâtre. Il se montre d'abord à la conjonctive, se généralise à tout le corps, et se retrouve toujours sur le plancher de la bouche. Il s'accompagne souvent de prurit des extrémités, de xanthélasma, de ralentissement du pouls, de décoloration des selles, etc., et donne à l'urine des caractères particuliers dont les plus importants en clinique sont:

a) coloration brunâtre ou verdâtre de l'urine;

b) coloration jaune de la mousse;

c) augmentation de la densité;

d) réaction de Gmelin.

L'ictère hémaphéique ou *mieux urobilinique* résulte au con-

traire de la présence dans le sang de pigments biliaires modifiés. La coloration de la peau n'est jamais si intense, ne tire pas l'œil autant que celle de l'ictère vrai. La peau a une teinte jaune pâle, plus ou moins sale, analogue à celle que présente parfois le nouveau-né, ou les individus souffrant d'une affection grave du foie. C'est ce qu'on appelle souvent le sub-ictère, car ce faux ictère peut se voir à la conjonctive, mais par contre il n'existe jamais sur la plancher buccal, et il n'entraîne ni prurit ni ralentissement du pouls. L'urine de son côté offre des caractères tout autres que dans le premier cas. Elle est toujours foncée, mais plutôt rougeâtre que verdâtre et de plus elle renferme de l'urobiline, laquelle donne avec l'acide nitrique nitreux une coloration acajou foncé, et que met en évidence le petit spectroscope d'Hénocque.

On sait, depuis les travaux de notre maître Hayem, que l'ictère vrai biliphéique indique une cellule hépatique saine, alors que l'ictère urobilinique est synonyme d'une altération profonde de cette même cellule, et l'on comprend l'intérêt que peut avoir au seul point de vue du pronostic le diagnoctic d'un pareil symptôme. L'intégrité de la cellule hépatique chez notre malade nous avait, d'autre part été démontrée par l'épreuve de la glycosurie alimentaire qui, tentée à deux reprises, est toujours restée négative.

L'ictère biliphéique est aigü, passager, ou bien chronique, persistant et s'observe dans de nombreux états pathologiques. Il nous restait donc à trouver parmi ces différentes affections, celle qui lui avait donné naissance. Et d'abord nous pouvions éliminer d'emblée toutes les maladies accompagnées d'ictère aigü, c'est-à-dire:

A. L'ictère émotif qui survient brusquement, en pleine santé, à la suite d'une violente émotion;

B. Les ictères infectieux de cause toxique interne qui sont par ordre de gravité:

1° L'ictère catarrhal des voies biliaires;

2° La maladie de Weil;

3° L'ictère grave.

C. Les ictères infectieux de cause toxique externe (phosphore, arsenic, gaz délétères, etc.).

Dans tous ces cas, l'ictère est en général passager, transitoire, il s'atténue rapidement et disparaît tout à fait. Dans l'ictère grave, le symptôme peut persister, ne pas disparaître, mais sans devenir chronique puisque le patient est emporté à bref délai par les progrès de la désorganisation du foie. L'ictère catarrhal peut, il est vrai, se prolonger deux mois et plus, mais le fait est rare et ne saurait s'appliquer à notre malade qui est jaune depuis plus de deux ans.

Ictère chronique. — Le cancer du foie, de la tête du pancréas, de l'intestin, peut s'accompagner d'ictère chronique. Mais, à part les signes particuliers à chacune de ces formes de cancer, et qui permettent de les différencier l'une de l'autre, on retrouve toujours à une date plus ou moins rapprochée l'ensemble symptômatique propre à la néoplasie, cancéreuse en général et constituée par l'âge du malade la marche progressive de l'affection, le rétentissement ganglionnaire et l'altération rapide de la santé générale.

L'ictère persistant peut être le fait d'un calcul enclavé dans les voies biliaires. Mais, alors, sans parler des crises douloureuses qui ne manquent que chez les vieux à sensibilité émoussée, de deux choses l'une; ou bien le calcul se fraye un chemin en général dans le duodénum, et le cours de la bile se rétablit par cette voie anormale, ou bien l'obstruction persiste et le malade meurt d'ictère grave.

Le *kyste hydatique* du foie peut donner un ictère chronique quand la tumeur comprime un gros tronc biliaire, seulement la chose est rare et le foie n'est pas dur ni la rate hypertrophiée.

L'ictère chronique peut se voir avec l'ictère duodénal ayant envahi l'ampoule de Vater, mais cette affection ne va pas sans une douleur localisée, augmentant surtout à la fin les digestions, et sans la présence de sang dans les selles.

La périhépatite chronique, qu'elle qu'en soit la cause et la nature, peut aussi, rarement il est vrai, réaliser les conditions de l'ictère chronique par compression des gros troncs biliaires.

Le paludisme peut s'accompagner d'ictère chronique; (le foie et la rate sont souvent dans ce cas augmentés de volume).

Mais la coloration de la peau n'est jamais très intense, et

l'existence d'accès palustres antérieurs, améliorés par la quinine vient faciliter le diagnostic.

La cirrhose atrophique, sans qu'on puisse bien expliquer le fait, s'accompagne d'ictère chronique dans un tiers des cas.

L'ictère chronique enfin est l'un des principaux signes de la cirrhose biliaire hypertrophique.

En reprenant maintenant l'observation il serait facile de montrer qu'aucune de ces affections, si ce n'est la dernière, n'existe chez notre malade, et que seule la maladie de Hanot, dont on démontrerait de cette façon l'existence, peut être invoquée comme cause de son ictère.

Nous n'insisterons pas davantage, sur ce diagnostic par exclusion, la chose nous semble inutile; nous tenions plutôt à faire voir tout le parti que l'on peut retirer au point de vue du diagnostic d'un symptôme méthodiquement étudié, et comment à l'aide de l'ictère seul on pouvait arriver presque sûrement à établir la nature de l'affection de notre malade. Le même procédé d'investigation pourrait, et devrait au besoin, être appliqué aux autres symptômes. On s'assurerait, par exemple, que la tumeur existant du côté gauche, chez notre malade, représente bien la rate hypertrophiée, puis, toujours par exclusion, que cette augmentation de volume ne saurait reconnaître d'autre cause que la maladie de Hanot; l'hypertrophie du foie donnerait lieu aux mêmes développements. Il n'y aurait plus qu'à rassembler toutes ces données concordantes pour rendre le diagnostic définitivement certain.

IV

A côté du type classique de la maladie de Hanot, MM. Gilbert et Fournier ont décrit, sous le nom de splénomégalique, une forme spéciale, souvent observée chez l'enfant et caractérisée par le développement exagéré de la rate et par une altération profonde de la santé générale; celle-ci se traduisant sous forme de dystrophies et parfois par un arrêt complet de la croissance.

Or, notre malade offre précisément un exemple de cette va-

riété splénomégalique, comme on va le voir par le reste de son observation.

A part l'énorme hypertrophie de sa rate (28 par 14 cent.), elle présente un amaigrissement considérable et une taille notablement au-dessous de la moyenne. Normalement, un enfant de 14½ ans doit peser 99 livres et mesurer 60 pouces. Or, notre patient n'a que 54 pouces de haut, et pèse 70 livres, ce qui donne une notable différence en poids et en hauteur avec la moyenne.

Jusqu'ici aucun début de menstruation ; de plus l'absence complète de développement du côté des seins, et du côté du système pilaire du pubis, des aisselles, indiquent assez l'avortement de la puberté.

Comme lésions dystrophiques, hypertrophie très marquée de la phalangette des doigts, du pouce surtout ; les doigts rappellent la déformation dites en baguettes de tambour autrefois regardée comme un indice de tuberculose pulmonaire.

Ici encore, concordance absolue entre les données de l'observation et la description nosographique ; et c'est précisément à cause de ce caractère schématique de l'observation que nous avons tenu à rapporter, un peu au long peut-être, l'histoire de cette intéressante malade.

Nous rappellerons en terminant que *tous* les cas connus de maladie de Hanot se sont terminés par la mort après un temps plus ou moins court. — Pour le moment, Délima, soumise à une diète lactée, au calomel à petites doses, au Benzoate et au salycilate de soude, se porte relativement bien et vient de nous quitter pour Longueuil, après un séjour de deux mois à l'hôpital. Son état général n'a guère changé, et l'on retrouve chez elle à sa sortie les mêmes symptômes que lors de son entrée.

FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ UN BÉBÉ DE QUATRE MOIS ET ONZE JOURS (1)

Par J.-E. DUBE

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin des Hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter aux membres de cette Société l'observation d'un cas de fièvre typhoïde qui a évolué sans accident chez un bébé âgé de quatre mois et 11 jours.

Cet enfant de sexe masculin est né à terme, bien portant et pesant huit livres et demi. Nourri au sein pendant un mois environ, il fut soumis ensuite au lait maternisé afin de permettre à la jeune mère, un peu épuisée par l'allaitement, de reprendre ses forces qui s'en allaient grand train. Pesé chaque matin, l'enfant présenta une courbe de poids tout à fait normal jusque vers le milieu de janvier. Il ne présenta ni indigestion, ni diarrhée ou autres maladies, pendant les premiers mois de son existence. Le vingt-trois janvier, la mère me demanda d'aller voir son bébé qui ne paraissait pas aussi bien que d'habitude. Lors de ma visite je ne constatai pas de fièvre, rien de particulier aux poumons, au cœur ou dans la gorge, pas de tympanisme ni sensibilité marquée au ventre. Depuis une couple de jours les selles étaient légèrement diarrhéiques, de couleur jaune verdâtre, mêlées à quelques glaires, mais ne présentaient pas d'odeur infecte.

Je songeai en présence de ces seules indications à un peu d'indigestion ou à une entérite légère, et je me contentai de faire un peu de désinfection intestinale avec de très petites doses de calomel 0.01 centigrammes toutes les 4 heures, et je réduisis les proportions du lait maternisé à 2 p.c. de matières grasses 6 p.c. de lactose et 1 p. c. de caséine.

Le soir même, la mère me téléphona que le bébé avait un peu de fièvre et était un peu agité. Je conseillai alors un bain tiède et quelques gouttes d'élixir de bromure de potasse. Le lendemain matin le thermomètre marquait 38° centigrade (100, 2 F.).

Un nouvel examen du petit malade ne me révéla rien de nouveau. Le soir, la température monta d'un degré et les selles devenues plus vertes à cause du calomel, présentaient à peu près les mêmes caractères qu'au début de la maladie.

Après quatre à cinq jours, je trouvai un peu de diminution de sonorité et quelques petits râles humides disséminés par foyers à la base du poumon droit. Je songeai alors à un peu de broncho-pneumonie et je fis donner à l'enfant un bain tiède toutes les quatre heures sans ajouter de médicament, l'enfant toussant à peine. La fièvre continua à monter un peu tous les jours, le bébé s'affaiblissait davantage, sans que ni les symptômes de broncho-pneu-

(1) Travail lu à la Société Médicale de Montréal.

monie et d'entérite ne fussent très marqués. L'analyse des urines faite alors, ne révéla rien de particulier. Vers la neuvième journée, la température du soir marqua 40° cent. (104° F.). Tous les jours, j'examinais la gorge, les poumons, le cœur et les intestins sans pouvoir cependant arriver à un diagnostic ferme, ni m'expliquer tous les symptômes présentés par l'enfant.

Mon ami, le docteur Boulet, fit un examen attentif de la gorge et des oreilles sans rien trouver.

A la onzième journée en palpant le ventre un peu ballonné, je sentis la rate hypertrophiée, et débordant les fausses côtes de deux travers de doigts. Les jours précédents, le palper abdominal avait peut-être été fait moins attentivement mais je n'avais rien constaté dans la région de la rate. Je fis immédiatement le diagnostic d'une fièvre typhoïde probable et tout en continuant une désinfection de l'intestin, je prescrivis le bain tiède refroidi, à 22° cent. (71° F.) toutes les 3 heures, jour et nuit. Je n'ai pas fait à ce moment de séro-diagnostic, ni cherché dans les urines le diazo-réaction d'Erlich. Je me suis basé sur les symptômes cliniques présentés par le petit malade pour croire à une fièvre typhoïde probable.

Je dis probable, parceque le séro-diagnostic seul aurait pu me permettre d'être affirmatif. Mais maintenant que l'enfant est en convalescence, que la fièvre a persisté pendant trois septénaires moins un jour, que la courbe de température a été celle de la dothiénentérie, que la rate est redevenue à son état normal ou à peu près, je crois pouvoir avec ces seuls symptômes cliniques, affirmer que j'ai eu affaire à une fièvre typhoïde. Je pourrais ajouter que la mère se rappelle très bien que son enfant ne paraissait pas aussi gai, dormait moins bien, environ une semaine avant de m'appeler: voilà pour les prodrômes de la maladie. A l'âge adulte,, le facies hébété et l'insouciance du malade sont assez caractéristiques; mon petit malade d'ordinaire très gai était devenue triste et sa petite figure n'avait plus cette mobilité d'expression habituelle chez les enfants de son âge. La langue chez l'adulte est encore un bon signe, chez mon petit malade la langue présenta un peu de sécheresse seulement. Enfin, l'influence exercée dans le cas présent par les bains froids, pourrait en dernier lieu servir de preuve. Dès les premiers bains, l'enfant fut plus calme, les battements du cœur meilleurs et les urines plus abondantes. L'alimentation par le lait devint plus facile et le sommeil plus prolongé.

Le petit malade pesé régulièrement presque tous les jours, perdit pendant sa fièvre typhoïde près de 1500 grammes (3 lbs). Aujourd'hui, l'appétit est revenu et l'enfant commence à prendre du poids.

J'ai pu ces jours derniers, le 24 février, faire faire le séro-diagnostic et la réaction a été positive et est venue confirmer le diagnostic clinique.

A propos de cette observation que j'ai cru intéressante, je voudrais soulever deux points de discussion: 1° sur la fréquence et le diagnostic de la fièvre typhoïde chez les enfants; 2° sur son traitement.

Pendant longtemps les médecins ont cru que la fièvre typhoïde ne s'attaquait pas à l'enfance. Ce n'est qu'à partir des

travaux de Rilliet et ceux de Loupin, publiées en 1839 et 1840, que l'on s'aperçut que l'enfant pouvait lui aussi souffrir de dothienentérie. Ces auteurs par leurs recherches cliniques prouvèrent que la fièvre rémittente de l'enfant était identique à la fièvre typhoïde de l'adulte.

Je cite en passant les travaux de Bretonneau et de Louis en France, de Jenner, en Angleterre, et de Gerhard, en Amérique, parmi les plus importants sur cette question. Aujourd'hui la fièvre typhoïde chez l'enfant est admise par tous les auteurs et les traités de médecine infantile consacrent un long chapitre à cette affection si importante. Je crois, cependant, que nous médecins pratiquants, nous sommes encore imbus de la croyance d'autrefois. En effet, cherchons-nous bien, chaque fois que nos petits malades présentent de la fièvre, etc., à éliminer ou à adopter le diagnostic de fièvre typhoïde? Je crois que assez souvent la fièvre typhoïde évolue chez les enfants sans que les médecins s'en doutent, et celà, peut-être, parce qu'ils sont appelés lorsque la maladie est déjà avancée, parce qu'ils négligent d'examiner assez attentivement leur petit malade, ou bien uniquement, parce qu'ils n'osent pas croire à une fièvre typhoïde chez un jeune enfant. — Cette maladie est-elle fréquente chez les enfants? D'après les auteurs, elle serait très rare dans la première et la seconde année. A partir de la troisième année jusqu'à l'adolescence elle augmente graduellement de fréquence. Si la fièvre typhoïde est rare dans les deux premières années, elle l'est encore beaucoup plus au cours des premiers mois. Murchison a rapporté un cas chez un bébé de six mois, et Ogle un cas chez un enfant âgé de quatre mois et demi.

Brouardel et Thoinot, dans le traité de médecine disent, que les enfants en bas âge, paraissent n'avoir que très peu de réceptivité pour la fièvre typhoïde. Dans une série de 50 cas traité au Mary J. Drexel Home de Philadelphie, et analysés par le Dr Page, trois cas étaient âgés de moins de cinq ans, 21 cas âgés de 5 à 10 ans et 26 cas âgés de 10 à 15 ans. Le Dr J. C. Wilson qui a décrit la fièvre typhoïde de l'enfant dans l'en-

cyclopédie de Keating, rapporte un cas de fièvre typhoïde chez un enfant âgé de 18 mois.

J'ai donc eu raison de dire que la fièvre typhoïde chez un enfant de quatre mois et 11 jours n'était pas chose ordinaire.

Les auteurs s'accordent à dire qu'il faut, chez l'enfant, 5 à 10 jours avant de pouvoir avec les seuls symptômes cliniques affirmer la dothiénentérie. Un diagnostic certain ou à peu près, peut être fait d'après le Dr J. C. Wilson, au moyen d'une fièvre continue accompagnée de diarrhée, de sensibilité de l'abdomen, d'hypertrophie splénique, d'un léger tympanisme et des taches rosées.

J'ai observé tous ces symptômes, sauf les taches rosées, chez mon petit malade. J'ai pu facilement après 10 à 12 jours, éliminer l'influenza, les maladies éruptives, la pneumonie. Rien chez ce petit malade pouvait faire croire à une tuberculose miliaire, à une méningite, à de la péritonite tuberculeuse ou même à une appendicite. Reste l'entéro-colite qui peut difficilement être confondue avec la fièvre typhoïde. Dans l'entéro-colite, il est rare, en effet, d'avoir une hypertrophie de la rate.

Pour Jacobi, il faut songer à de la fièvre typhoïde lorsqu'il y a une fièvre continue assez élevée, bien supportée par l'enfant et ne s'accompagnant pas de manifestations violentes du côté de l'intestin.

Les complications de la fièvre typhoïde chez le petit enfant sont rares, et le pronostic est assez favorable.

Holt a trouvé une mortalité de 5.4% sur 2623 cas traités pour la plupart dans des hôpitaux, par 12 observateurs différents. Netter, au cours d'une épidémie récente, a traité 188 cas de fièvre typhoïde avec une mortalité de 6.5%. Pour Monsieur Frantz Glénard, les statistiques varient suivant les observateurs ou plutôt suivant les traitements préconisés par ces observateurs.

A la séance du 9 janvier 1900, de la société de pédiatrie, M. Netter, après avoir présenté la statistique donnée ci-dessus, affirma que les bains chauds chez les enfants donnent de meilleurs résultats que les bains froids, Monsieur Variot fut du même avis, MM. Mery et Ausset, se déclarèrent partisans des

bains froids comme mode de traitement. Monsieur Glénard, l'introducteur et le défenseur de la méthode de Brand, en France, dans un article magistral publié dans la "Revue des Maladies de l'Enfance du mois de janvier 1900," reprend la question du traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants. "La gravité d'une maladie, dit-il, peut être appréciée d'abord, "par le taux de mortalité, ensuite, par sa durée, son aptitude "aux complications, l'incertitude du pronostic, la durée de la "convalescence, les stigmates qu'elle peut laisser après elle."

Avant 1874, c'est-à-dire avant que le bain froid se généralise, la statistique donnait entre les mains de Rilliet et Barthez, à l'Hôpital des Enfants Malades, à Paris, une mortalité de 29 sur 111 cas, soit une proportion de 26 pour 100. A Zurich, Griesinger a trouvé, en 1855, 23.5 pour 100 de mortalité chez des enfants d'un à neuf ans. Pour Murchinson, en 1873, la mortalité, chez les enfants d'un à cinq ans, était de 12.06 pour cent. West, à la même époque, constata une mortalité de 13.09 pour 100. Jusqu'en 1874, la fièvre typhoïde chez l'enfant comme chez l'adulte, était traitée par la médication interne exclusive. En utilisant les renseignements fournis par Monsieur Glénard dans son travail, nous verrons qu'après l'inauguration de la méthode des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, la mortalité a diminué. Les médecins, d'après M. Glénard, préconisent, les uns comme lui d'ailleurs, la méthode systématique des bains froids, les autres, et ils sont assez nombreux, préfèrent une méthode mixte, c'est-à-dire, une méthode dans laquelle les bains n'interviennent, à côté des médicaments, que comme succédanés et seulement dans certaines complications de la maladie.

J'emprunte à M. Glénard les statistiques suivantes, fournies par les adeptes de la méthode systématique des bains froids. Brand, sur 106 enfants de sa pratique privée, traités par les bains froids, n'a pas eu une mort.

Hagenbach a une mort sur 28 cas. Cayla, 4 morts sur 63 cas. Tripier et Bouveret, aucune mort sur 10 cas. Perret et Devic, 3 décès sur 81 cas. Moussous, une mort sur 60 malades. Weill, 7 morts sur 196 cas.

Marfan n'a eu qu'une mort sur 40 enfants. Glénard, une mort pour 56 cas.

Les statistiques suivantes sont fournies par les médecins appliquant au traitement de la fièvre typhoïde, les bains froids ou de température tiède inférieure à celle du malade, non d'une façon systématique, mais quand l'exige, à leurs yeux, la gravité des symptômes.

Cadet de Gassicourt a eu une mortalité de 8 pour 100. Goldthammer et Gesenins trouvent, à Berlin, une mortalité de 14.7 pour 100 de 1877 à 1881. Baginski, obtient 7 pour 100. Henoch, 13.8 pour 100. Ollivier a relevé sur les registres de l'Hôpital des Enfants Malades pour les années 1884 à 1887 inclus, une mortalité de 15 pour 100. Guinon eut, en 1897 et 1898, 17 pour 100 de mortalité. Variot et Dévé en 1899 ont eu, 10 morts sur 115 malades. Barbier n'a eu que 2 morts sur 47 enfants. D'après Glénard, toutes ces statistiques donnent une mortalité moyenne de 11 pour 100.

Réunissant la statistique moyenne fournie par les auteurs avant et après la méthode de Brand, Glénard a formé un tableau très intéressant et très suggestif. —

	Méth. Médic.	Méth. Mixte.	Méth. des bains.
Hôp. civils de Lyon....	26.2 p. 100	16.9 p. 100	7.3 p. 100
Hôp. civils de Bâle....	27 p. 100	16.2 p. 100	8.8 p. 100
Hôp. Milit. Allemands.	25.8 p. 100	15 p. 100	8.9 p. 100
Hôp. d'Enfants....	....15 p. 100	11 p. 100	3.5 p. 100

Il me semble, ajoute M. Glénard, qu'il faudrait être très prévenu pour ne pas trouver cette comparaison de chiffres fort instructive. M. Glénard prend une à une et refute les objections soulevées par différents auteurs contre la méthode systématique des bains froids. Il s'attache surtout à démontrer que les bains froids n'ont jamais déterminé de collapsus tel que supposé par MM. Variot, Dévé, Barbier et Méry.

" Ou bien, dit M. Glénard, on a trop attendu et le traitement par les bains froids a été institué parce que la maladie était devenue grave, et alors le cœur affaibli a mal supporté le choc de l'eau froide ou la réfrigération, si surtout quelque stimulant cardiaque, tel que le vin ou l'alcool, si indiqués en pareil cas, n'ont pas été administrés avant le bain.

Les symptômes graves qui acculent au traitement par les bains froids, les médecins pour lesquels ce traitement n'est qu'une ressource extrême, ne deviennent inquiétants dans la fièvre typhoïde que vers le 10e ou 12e jour, précisément à l'époque où débute la myocardite.

Dans la pneumonie, au contraire, les symptômes qui motivent les bains froids éclatent vers le 4e ou 5e jour, bien avant que le cœur soit atteint.

Ou bien, les bains ont été donnés trop chauds et ces bains, en abaissant tout de même la chaleur fébrile, ont manqué d'action stimulante sur le cœur, ont contribué au contraire à lui enlever cette part d'excitation qu'est pour lui la chaleur fébrile elle-même, part d'excitation qu'eut remplacée le choc de l'eau froide. Peut-être l'affusion froide sur la tête, qui par son action stimulante, joue un rôle aussi important que l'action réfrigérante du bain, et qui doit être d'autant moins négligée que le cœur est plus atteint, a-t-elle été oubliée ou faite avec de l'eau trop chaude par la garde-malade; ou bien, le collapsus a été plus impressionnant que réellement sérieux.

L'expérience, ajoute Glénard, a appris que les bains devaient exercer une action combinée réfrigérante et stimulante, que, pour cela, il fallait, chez l'adulte, le donner toutes les 3 heures, jour et nuit, à 20° C. et durant quinze minutes chaque fois, en accompagnant chaque bain d'une affusion trois fois répétée d'eau à 15-16° C. sur la tête et les épaules. L'expérience a appris que c'était un vrai traitement prophylactique, ne s'attaquant pas à la cause du mal, mais à la cause de ses complications, et se bornant à donner le temps à l'organisme, dont il exalte les moyens de défense, dont il maintient toutes les fonctions, de lutter contre le principe infectieux et d'en triompher: c'est donc en même temps une action pathogénique. M. Glénard trouve que la fièvre typhoïde est grave chez l'enfant et il cite Simon qui a écrit: " Les enfants au-dessous de cinq ans sont plus sujets aux complications et le pronostic est moins favorable qu'au dessus de cet âge." Marfan est du même avis. Il n'y a pas plus de motifs dit Glénard pour ne pas donner les bains froids aux enfants, que pour n'en pas donner aux adultes:

et il ajoute: avec les médicaments le taux de mortalité de la fièvre typhoïde dépend surtout de la maladie; avec les bains froids, il dépend surtout du médecin! Voici maintenant comment Glénard conseille d'administrer les bains froids chez les enfants. Pour moi, dit-il, je préfère le bain de 22° C. (71° F.), et dix minutes de durée avec effusion froide sur la tête et les épaules, répétée trois fois, toutes les trois heures, tant que la température rectale, prise avant le bain, atteint ou dépasse 39° C. (102° F.). Lorsque la température est entre 38° et 39°, le bain sera donné d'autant de minutes de durée que le thermomètre marquera de fois deux dixièmes au-dessus de 38°.

Si le cœur est suspect, on donnera avant et après le bain une cuillérée de vin de Bordeaux ou de vin d'Espagne, suivant les cas; s'il y a menace de collapsus, l'effusion sera plus froide, le bain plus court, et l'on frictionnera, l'on massera l'enfant durant le bain, on le réchauffera après le bain; on fera une injection d'éther si c'est nécessaire." Je passe sous silence la question du régime alimentaire au cours de la fièvre typhoïde et je termine par ces mots de Glénard: " La fièvre typhoïde des enfants, lorsqu'elle est traitée systématiquement par les bains froids, est une maladie très bénigne, elle n'est une maladie très bénigne qu'à cette seule condition."

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE

Il n'y a peut-être pas une autre maladie qui prête à autant de confusion que le rhumatisme chronique.

Nous ne voulons parler ici que du rhumatisme articulaire chronique, primitif, généralisé ou progressif, selon le premier des trois types auxquels Charcot a rattaché toutes les formes de rhumatisme chronique. Nous ferons donc le traitement du rhumatisme noueux ou déformant des auteurs.

Nous laissons de côté, pour le présent, le rhumatisme articulaire chronique, primitif, fixe et partiel: arthrite sèche des chirurgiens. Nous ne voulons pas plus parler cette fois ci des *Nodi digitorum* d'Heberden, nodosités qui occupent les articulations des phalanges, et des phalangettes, épargnant les articulations métacarpo-phalangiennes.

Nous remettons aussi à plus tard de parler du rhumatisme musculaire chronique (*myalgie*) que l'on mêle souvent avec le rhumatisme articulaire chronique quand il s'agit d'en faire le traitement.

Le traitement du rhumatisme à déformations, comprend une médication interne et un traitement externe.

Pour le traitement interne on a recours à l'*arsenic*, à l'*iode* et à leurs dérivés. Le *salicylate de soude*, spécifique contre le rhumatisme articulaire aigü, n'a pas d'effet sur le rhumatisme articulaire chronique. Tout au plus réussit-il à calmer les douleurs dans les poussées aiguës ou subaiguës au cours du rhumatisme chronique.

L'*Arsenic* préconisé par Charcot, se donne à l'intérieur sous forme de Liqueur de Fowler ou de solution d'arséniate de soude (*Solution de Pearson*).

Les bains arsénicaux dont nous verrons la technique, en parlant du traitement externe, sont un autre moyen d'appli-

quer l'arsenic au traitement du rhumatisme noueux, moyen vanté par Guéneau, de Mussy.

Ce traitement par l'arsenic, administré à l'intérieur ou appliqué à l'extérieur au moyen des bains généraux, provoque souvent de nouvelles crises douloureuses.

L'*Iode* a toujours été considéré comme un puissant résolutif. Lasègue l'employait contre le rhumatisme chronique. C'est à la teinture d'iode, qu'il s'adressait de préférence; il en prescrivait jusqu'à 6 grammes (1½ drachme) par jour, dans du vin d'Espagne. Cette mixture assez bien acceptée, quant au goût, est mal supportée par l'estomac. Il vaut mieux n'utiliser que les iodures, et les administrer pendant longtemps à doses moyennes plutôt qu'à fortes doses: de 5 à 10 grains à la dose.

L'iode et les iodures agissent surtout en stimulant l'organisme et en activant la nutrition.

Garrod a justement insisté sur ce point du traitement, en montrant que le fait dominant de la médication devrait être de fortifier l'économie et d'exciter l'activité nutritive qui est considérablement amoindrie dans le rhumatisme noueux progressif; aussi a-t-il préconisé les préparations ferrugineuses (le sirop d'iodure de fer), le quinquina et surtout l'huile de foie de morue. L'on administrera aussi avec grand bénéfice. les préparations iodo-tanniques: sirops, élixirs, etc.

Charcot donnait du bicarbonate de soude pour combattre la production exagérée d'acide dans l'économie.

L'alcalinothérapie ne donne pas de résultats manifestement appréciables.

Le colchique n'est d'aucune utilité.

Le *traitement externe* comprend les bains généraux, médicamenteux ou autres, l'électricité, le massage et les applications locales.

Les *bains généraux* comprennent les bains sulfureux, les bains arsénicaux, les bains de sable chaud, les bains chauds simples ou accompagnés ou suivis de massage.

Les bains froids, généraux ou locaux, qui agissent quelquefois merveilleusement dans les cas aigüs, n'ont qu'une application très restreinte dans les cas qui nous occupent et seuls les

chauds partisans de cette méthode, qui ont de l'entrainement retireront profit de l'application des bains froids comme tonique général.

Les *bains sulfureux* sont indiqués à titre d'excitants des fonctions cutanés. Ils peuvent exaspérer les douleurs. Guéneau de Mussy ne dépassait pas la dose de 40 grammes (1⅓ once) de pyosulfure de calcium par bain. On emploie habituellement 100 grammes (3⅓ onces) de trisulfure de potassium par bain.

Guéneau de Mussy vantait beaucoup les *bains arsenicaux* qu'il employait dans les cas franchement chroniques avec phénomènes réactionnels nuls ou peu accentués. Il faisait dissoudre, dans un bain, le mélange suivant:

Sous-carbonate de soude..... ..... 3 à 3½ onces.
Arséniate de soude.. ....15 grains à 2 drachmes.

Chez les nerveux très-impressionnables, il employait l'arséniate de soude seul et ajoutait 8 onces de gélatine. Les bains étaient donnés à tous les deux jours, à la température de 36° C., il laissait reposer le malade après une série de trois ou quatre bains. Il exigeait un repos au lit, de la durée de une à deux heures après chaque bain.

Si ces bains provoquaient une exacerbation des douleurs, il prescrivait des applications topiques calmantes.

Lasègue ne croyait pas à la vertu des médicaments ajoutés au bain, pensant que l'action favorable de la balnéation est uniquement due à la température du bain. Il prescrivait à tous les deux jours des *bains simples* à 40°, 45° C. Il va sans dire que la température d'entrée doit être inférieure à la température de sortie. Les malades se remettent au lit à la sortie du bain, pour favoriser la sudation.

Les eaux thermales jouent un rôle important dans le traitement du rhumatisme noueux. Ce traitement consiste en l'emploi des eaux faiblement minéralisées à température élevée. En Europe, l'on compte plusieurs stations thermales qui conviennent au traitement du rhumatisme noueux: Néris, Luxeuil, Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Plombières, etc. Les eaux sulfureuses d'Aix-les-Bains sont très exci-

tantes et conviennent aux formes franchement torpides. Il en est ainsi, à un moindre degré, des eaux sulfurées-sodiques des Pyrénées: Amélie-les-Bains, Bagnères-de-Luchon, St-Sauveur, Barèges, etc.

Nous avons au pays, une source thermale, où les rhumatisants chroniques peuvent trouver un grand soulagement par une station de quelques semaines, c'est Caledonia Springs.

Les Etats-Unis ont une foule de stations renommées: Mount Clements, Banff, etc., etc.

D'une façon générale, toutes les eaux à thermalité élevée sont applicables en pareil cas.

L'électricité dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique ne doit être appliquée que par les courants continus, c'est-à-dire par les courants qui agissent sur la nutrition générale et musculaire.

Voici les conclusions de Remak sur l'application des courants continus au traitement du rhumatisme chronique.

L'électrothérapie a pour effet:

1° De provoquer la catalyse dans l'intérieur de la partie tendineuse de l'articulation qui est frappée d'inflammation, (exsudation, ou sclérose);

2° D'exciter ou d'accélérer un flux de liquide par action sur les vaisseaux qui se dirigent vers l'articulation;

3° D'enlever l'inflammation musculaire qui complique souvent l'arthrite;

4° D'enlever les contractures secondaires des muscles, contractures entretenues par la douleur et les irritations inflammatoires;

5° D'enlever enfin les états paralytiques et atrophiques qui affectent tous les muscles à la suite d'inflammation, d'inaction ou de gêne de la circulation.

Erb, Remak, Ominus, J. Chéron et autres, ont longuement insisté sur l'utilité de l'application des courants continus pour prévenir ou pour faire disparaître en partie les déformations articulaires.

Il faut donc toujours avoir recours aux courants continus et

cela quand tous les phénomènes d'irritation musculaire seront disparus.

L'*électrisation statique*, d'après les recherches de Vigouroux, exerce sur les fonctions d'innervation et de nutrition une influence à la fois stimulante et régulatrice. Le Dr Massy (*Archives d'électricité médicale*, No 4, 1893), préconise un traitement général par le courant statique ou par le courant alternatif (méthode hydro-électrique ou méthode par auto-conduction de d'Arsonval), et un traitement local.

Si l'intervention n'est pas trop tardive, l'on pourra rendre le mouvement et l'usage aux articulations atteintes. Pour y arriver plus sûrement, l'on associera, selon le conseil de Dally, le massage aux pratiques d'électrothérapie.

Le *massage* sera fait suivant les règles de l'art: tapotement, friction, pétrissage, percussion. Il sera général ou partiel, selon que l'on aura en vue son effet sur la nutrition générale ou sur la circulation d'une partie.

Le massage doit être associé non-seulement aux pratiques d'électrothérapie mais aussi au traitement balnéothérapique. L'on en retirera encore de bons effets, au point de vue de l'absorption et de l'action topique si on le pratique au cours de l'application extérieure de certains médicaments.

Pour la technique du massage, voir les auteurs.

Les médicaments appliqués localement sont:

La *Teinture d'iode* en badigeonnages: on obtiendra quelquefois par ce moyen une révulsion utile.

Staple fait appliquer sur les articulations atteintes, un mélange à parties égales d'huile d'olive et d'essence de Wintergreen.

On peut encore employer la pommade suivante:

Acide salicylique	**ââ 2 drachmes.**
Lanoline....	
Essence de térébentine	

que Bourget (de Lausanne), en 1893 a recommandée contre le rhumatisme articulaire aigü.

Le *salicylate de méthyle* appliqué sur la peau est absorbé comme l'ont démontré MM. Linossier et Launois. C'est le mé-

dicament qui tend à remplacer tous les autres comme topique. Cette méthode a été vulgarisée par Lemoine et Siredey.

Il est nécessaire d'employer ce médicament en badigeonnages et d'envelopper hermétiquement la partie badigeonnée. L'on verse 60 à 80 gouttes sur la peau (Siredey) ou 2½ à 3 drachmes (Lemoine) sur un carré de tarlatane que l'on recouvre par une toile imperméable, après application. Une bande de flannelle maintient le pansement qui peut être renouvelé deux fois en vingt quatre heures, quand les douleurs sont très vives.

Le grand avantage du traitement est l'absence presque totale d'accidents généraux dus à l'acide salicylique, bien que le salicylate de méthyle contienne de 60 à 75 pour 100 de cet acide.

H. HERVIEUX.

ELECTIONS DU COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC.

Le résultat des élections permet de constater que dix-huit nouveaux gouverneurs ont été élus. Des circonstances particulières ont empêché quelques-uns des anciens, qui avaient fait preuve de travail, de conserver leur mandat.

L'avenir nous dira si " c'était bien la peine de changer de gouvernement." Néanmoins, l'*Union Médicale* leur adresse des remerciements pour l'esprit de travail dont ils ont fait preuve, dans les réformes sérieuses qui ont été inaugurées.

Au nouveau bureau incombe le devoir de poursuivre la revision de notre loi provinciale : tâche difficile et bien ingrate si l'on songe qu'il faut compter avec le mauvais vouloir de la députation dont les accointances avec le charlatanisme sont malheureusement trop intimes pour nous permettre d'espérer un vote indépendant !

Nous exprimons l'espoir, toutefois, que les Gouverneurs des différents districts s'entendront pour élire des officiers décidés à mettre un terme à cette comédie de procès dont le but avoué est d'annuler les brevets, les licences, etc., et de permettre au premier venu de pratiquer la médecine sans permis ni lois, comme aux beaux jours de l'empirisme et du charlatanisme.

RECHERCHES DE L'ALBUMINE DANS L'URINE

Il n'y a pas de médecin qui ne connaisse au moins un procédé de recherche pour l'albumine. Il y a différentes méthodes, dont la plus connue est celle qui se pratique par l'acide azotique et la chaleur.

Cette pratique est bonne, facile à faire, et elle peut nous permettre de faire la différence entre les phosphates et l'albumine. Cependant, il arrive parfois que la quantité d'albumine existant est tellement minime qu'il est nécessaire d'employer un procédé très délicat, si l'on veut obtenir un résultat tangible.

Que fait-on le plus souvent, dans les analyses d'urine pour l'albumine. L'on se contente de faire chauffer l'urine au-dessus de la lampe à alcool afin de constater ou non la présence de coagulation. S'il y en a, on laisse tomber quelques gouttes d'acide azotique dans le liquide bouillant. Si la coagulation persiste, on dira que c'est de l'albumine, si tout disparaît, ce sont des phosphates. Quant à trouver la quantité d'albumine, avant, pendant ou après le traitement, on ne peut ou on ne veut pas le faire; et pourtant il y a importance capitale à bien connaître si l'albumine augmente, diminue ou demeure stationnaire. Ce ne sera pas par la simple constatation de la coagulation dans toute la hauteur du liquide que l'on pourra en juger.

Il existe un procédé très simple, peu coûteux, aussi rapide que celui de l'ébullition et permettant de connaître, de façon très approximative, la quantité d'albumine exorétée. Le réactif est le même, l'acide azotique; le matériel consiste en une pipette et un verre conique; un verre gradué ordinaire se terminant en cône remplit exactement le but. La pipette ne peut coûter que quelques sous et même on peut la fabriquer soi-même en chauffant à la lampe un petit tube de verre ordinaire. Lorsqu'il est suffisamment ramolli, on l'étire brusquement, on sépare les deux bouts étirés, et une fois refroidis, on en brise la pointe de façon à ne pratiquer qu'une petite ouverture; et c'est tout ce qu'il nous faut. Avec cet appareil, si on désire rechercher l'albumine et connaître en même temps la proportion

au litre que l'urine en peut contenir, on verse une quantité indéterminée d'urine, 20 à 30 grammes environ, dans le verre conique, et avec la pipette que l'on a remplie d'acide azotique, en ayant la précaution d'en boucher l'extrémité supérieure avec le doigt, on dépose cet acide tout au fond du verre en y laissant reposer l'extrémité inférieure de la pipette. Lorsqu'elle est vide on la retire en la glissant lentement sur la paroi du verre. De cette façon on établit seulement une ligne de contact entre les deux liquides sans qu'ils se mêlent aucunement. S'il y a un tant soit peu d'albumine, on le verra certainement, et des erreurs de diagnostic pourront être aussi évitées. Ce que ne nous permettra pas le procédé que je mentionnais plus haut, et qui est, je crois bien, employé par le plus grand nombre des médecins.

Pour les examens d'assurances, de sociétés, ce moyen de recherche peut être d'un grand secours, et permettre de retrouver la présence d'albumine sans se servir de l'albumètre d'Esbach à l'acide picrique et qui prend 24 heures.

Voici maintenant un petit tableau qui aidera à juger la quantité d'albumine au litre selon la plus ou moins grande rapidité avec laquelle l'anneau blanc d'albumine se sera formé sur la ligne de contact entre l'urine et l'acide azotique :

Quantité d'alb. par litre.	L'anneau apparait au bout de	Encore visible en s'éloignant à 60 cent. environ, au bout de
0.20 centig.	immédiatement	½ minute
0.10 centig.	½ minute	1 minute
0.08 centig.	½ minute	1½ minute
0.06 centig.	1 minute	2 minutes
0.05 centig.	1 minute	2½ minutes
0.04 centig.	2 minutes	3½ minutes
0.03 centig.	2½ minutes	4 minutes
0.02 centig.	3 minutes	8 minutes
0.01 centig.	7 minutes	14 minutes

Ce procédé est nommé réaction de Heller.

Les indications offertes par le tableau précédent ne seront que très approximatives, et il ne faudrait pas prendre ces chiffres pour absolument exacts. Ils aident simplement à juger d'une certaine différence entre telle et telle urine.

Si l'on veut une grande exactitude, c'est l'albumètre d'Esbach qui nous l'offrira.

A. N. RIVET.

ACTUALITES MEDICALES

LA TUBERCULOSE AU CONGRÈS DE LONDRES

BROUARDEL, KOCH, LISTER, NOCARD.

Le 22 juillet s'ouvrait, à Londres, sous la présidence du duc de Cambridge, le grand congrès anglais de la tuberculose.

Les savants du monde entier ont longuement disserté sur la nature et le traitement de la maladie ainsi que sur les moyens prophylactiques nécessaires pour diminuer le taux de la mortalité.

Aujourd'hui comme au temps d'Hippocrate, mais dans un style plus châtié, on a dit que "la phtisie est, de toutes les maladies, la plus grande, la plus difficile et celle qui emporte le plus de monde" (1), et que "le malade, s'il est traité dès l'abord, guérit." (2)

Le Congrès a réparti ses travaux en quatre sections:

La première, nationale et municipale, divisée en quatre groupes: (a) statistique; (b) déclaration obligatoire; influence du logement et de l'agglomération; (c) contrôle de l'alimentation par le lait et par la viande; (d) installation des sanatoriums.

La deuxième, comprenant la médecine, la climatologie.

La troisième, la pathologie générale, la bactériologie.

La quatrième enfin, l'art vétérinaire et l'étude de la tuberculose chez les animaux.

Il serait impossible d'analyser chacun des travaux qui ont été lus dans les différentes sections. Rien de bien nouveau a été inscrit aux programmes élaborés dans les congrès antérieurs.

Cependant, deux savants ont attiré particulièrement l'attention des congressistes, j'oserais dire du monde entier, et il nous

(1) Epidémies : Trad. de Litré, tome II.

(2) Des maladies ; Trad. de Litré, tome III.

sera utile d'étudier de plus près les renseignements nouveaux qu'ils ont apportés dans deux grands discours-adresses: j'ai nommé les professeurs Brouardel de Paris et Koch de Berlin.

A. — LA LUTTE INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE.

Le professeur Brouardel a d'abord démontré que les principes de la lutte contre la tuberculose sont identiques dans tous les pays, mais que les uns ou les autres ont pris le premier rang suivant l'impulsion donnée par les savants des diverses nations, suivant les mœurs et les lois en vigueur. Et il développe ce dernier point d'une façon très judicieuse. " Lorsqu'une loi intervient dans nos actes journaliers, dit-il, lorsqu'elle trouble des habitudes invétérées et qu'elle doit être appliquée au sein du foyer domestique, elle ne peut être observée que lorsque l'opinion publique la réclame, lorsque les convictions de tous sont faites, que chacun connaît le danger de ses habitudes vicieuses et est prêt à les réformer personnellement, et à exiger de son voisin qu'il agisse de même."

A Londres, il relève ce fait important que, depuis longtemps, le particulier s'occupe d'assainir sa maison, les rues; le propriétaire s'associe aux municipalités, pouvoirs publics, etc., dans ce but: la *salubrité*, telle est la première condition du futur propriétaire ou locataire. " Cette méthode est la seule efficace et la première règle est de faire l'opinion publique."

(a) *Sociétés populaires antituberculeuses.*

Et le conférencier énumère avec satisfaction les œuvres antituberculeuses créées dans les différents pays.

En Angleterre, il y a une association nationale pour éviter la phtisie et les autres formes de la tuberculose qui distribue par milliers les pamphlets suivants: " The crusade against consumption " ; " Milk and tuberculosis " ; " Fresh air and ventilation " ; " How to prevent consumption ", etc.

En Allemagne, il y a des sociétés pour l'œuvre des sanatoriums et pour la " propagation de l'idée ", qui publient également des brochures à cette fin.

En Belgique, la ligue nationale contre la tuberculose a son siège à Bruxelles.

En Norwège, on a voté un bonus considérable pour l'impression et la distribution d'une brochure populaire écrite dans le même esprit, de plus, un budget spécial vient aider les médecins qui désirent se perfectionner dans l'étude du fonctionnement des sanatoriums.

En France, la société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire a groupé les meilleurs esprits et créé dans tous les départements des succursales qui font œuvre de prophylaxie par des conférences publiques très-suivies.

Partout, pénètre la notion que les soins de propreté éloignent la contagion, et que le tuberculeux n'est dangereux qu'en autant qu'on néglige ces précautions qui mettent à l'abri du contage ses parents, ses amis, ses camarades d'atelier.

Le crachat, voilà le danger. " Le jour où on aura perdu l'habitude de cracher autour de soi, dit-il, la tuberculose décroîtra rapidement."

Recueilli dans un crachoir aseptique et détruit, il ne menace personne; projeté dans un milieu sec et éclairé il perdra ses propriétés dangereuses; s'il séjourne dans un milieu humide, il conservera longtemps son activité.

(b) *Logements insalubres.*

Le distingué conférencier affirme de nouveau que le logement insalubre facilite le mieux l'éclosion de la tuberculose ; et il démontre que l'Angleterre a résolu ce problème difficile.

Dans tous les pays il voit les législateurs à l'œuvre sur ce point spécial. En Angleterre, il y a des lois qui accordent aux autorités le droit d'inspecter les maisons ouvrières; amendes en cas de contravention aux lois et règlements; ailleurs, on a le droit de démolir les logements insalubres et de supprimer les bâtiments obstructeurs (air, lumière, aération). En 1882, une loi spéciale oblige les municipalités à supprimer les logements insalubres et à fournir un logement aux personnes qui se trouvent ainsi sans abri.

Des bienfaiteurs sont venus en aide aux gouvernements dans

l'application de ces mesures et des sommes considérables ont été données pour construire des logements salubres qui logent 18,000 ouvriers.

En Allemagne, les progrès ont été plus lents.

En Belgique, même zèle qu'en Angleterre.

Le Danemark arrive bon premier dans cette lutte. Il y a une société de construction qui possède pour une valeur de 10 millions de logements ouvriers salubres.

Les mêmes efforts ont été faits en France.

Et l'auteur fait un tableau saisissant de la mortalité par insalubrité et densité de la population. " Le taudis est le pourvoyeur du cabaret." disait Jules Simon, et Brouardel ajoute " le cabaret est le pourvoyeur de la tuberculose."

(c) *Alcoolisme.*

" C'est le plus puissant facteur de la propagation de la tuberculose " dit-il. Et l'auteur démontre par le tableau suivant que les chiffres de la mortalité par tuberculose et de la consommation de l'alcool sont presque superposables:

Décès par tuberculose pour 10,000 habitants.	Consommation annuelle de litres d'alcool par habitant.
30 à 40	12.47
40 à 50	15.21
50 à 60	14.72
70 à 80	16.36
80 à 90	17.16
Plus de 90 décès	50.70

Cette invasion de l'alcoolisme doit donc apparaître aux yeux de tous comme un danger public, et il est nécessaire d'essayer d'inculquer aux masses cette vérité, que, dans le monde, l'avenir appartient aux peuples sobres."

(d) *Sanatoriums marins.*

La création de sanatoriums marins a pour but de soustraire le prédisposé aux milieux de contagions dans lesquels il nait et il vit, dans le peuple, dans les écoles publiques. C'est à l'enfant et à l'adolescent qu'on s'adresse de préférence.

En France, il y a 14 sanatoriums marins qui reçoivent annuellement 2000 enfants. Et M. Brouardel énumère plusieurs créations particulières dans le même but.

(e) *Viande et lait.*

Le rapporteur rappelle que depuis les expériences de Chauveau, démontrant que la pénétration du genme tuberculeux par les aliments pouvait déterminer la tuberculose de l'intestin, on s'est alarmé, mais trop peu suivant lui.

La Belgique est le seul pays où la loi a organisé l'inspection dans les campagnes. Ailleurs, les tueries particulières laissent souvent passer des viandes tuberculisées, etc... " *Sans exagérer le danger de la propagation de la tuberculose par la viande, on doit reconnaître qu'il existe.*" Ces paroles sont à retenir, elles seront contredites plus loin dans l'analyse du mémoire du professeur Koch de Berlin.— *Le lait* fait courir les mêmes dangers. Thorne-Thorne, hygiéniste anglais, remarque que la mortalité infantile par tuberculose a augmenté de 27% : il en trouve la cause dans la *tuberculose abdominale par ingestion de lait contaminé*, chez les nourrissons de moins d'un an.

En France, les mesures sont incertaines et demandent une application plus sérieuse. — *Il faut faire bouillir le lait;* telle est la conclusion à tirer dès maintenant.

(f) *Curabilité de la phtisie.*

C'est une notion fondamentale admise aujourd'hui.

L'auteur donne des chiffres déjà connus, et les siens propres relevés à la morgue de Paris. " Dans la moitié des cas, dit-il, si l'individu a habité Paris une dizaine d'années, je trouve des lésions tuberculeuses guéries, soit par transformation crétacée, soit par cicatrisation fibreuse." Et elle est curable même pour de larges cavités. Et l'auteur recommande aux médecins de prévenir le malade et la famille de la gravité et de la curabilité de la maladie en vue des moyens énergiques à prendre.

(g) *Les dispensaires populaires.*

L'auteur dit que, le plus souvent, l'ouvrier se présente au

médecin alors qu'il est déjà à la deuxième période, donc, gravement atteint. La création récente de dispensaires antituberculeux est venue à point. Elle s'occupe du malade, le conseille et le suit jusque chez lui. Les malades apprennent ainsi à se prémunir contre eux-mêmes. Les contre-maîtres des usines ou ateliers apportent leurs concours en veillant aux soins de propreté indispensables; ils engagent même l'ouvrier souffreteux à se présenter *dès le début* facilitant ainsi la guérison et la prophylaxie.

Si l'ouvrier est marié et père de famille, on l'aide en lui donnant les repas supplémentaires et en procurant des secours à sa famille; s'il est célibataire on lui facilite l'entrée du sanatorium où la guérison est plus rapide et plus assurée.

(h) *Sanatoriums.*

Repos physique et moral, suralimentation, aération continue; telle est la formule du Dettweiller qui est restée intacte.

C'est l'Allemagne qui a inauguré le système avec les meilleurs résultats. Elle possède 83 sanatoriums populaires, recevant 12,000 tuberculeux par an, et construits soit par les assurances régionales, par les caisses des maladies, par les industriels unis aux municipalités, ou même par une taxe personnelle dans certains dictricts.

La durée du traitement est en moyenne de 90 jours, plus, un nouveau séjour de quatre semaines pendant l'année qui suit la cure. Voici quels sont les résultats obtenus. Parmi les malades sortis guéris ou améliorés, ceux qui travaillaient encore en 1900 ont donné les chiffres suivants:

En 1896... ....46 p. 100
— 1897... ....47 p. 100
— 1898... ....58 p. 100
— 1899... ....60 p. 100

La dépense moyenne atteint $1.50 par jour y compris le secours de famille, ⅓ de la somme. Le fonctionnement économique d'un sanatorium doit éviter les charges onéreuses; il ne doit être ni éloigné des villes ni construit sur des hauteurs: le

voisinage d'un sanatorium n'expose point la localité environnante; *le danger, c'est le phtisique en liberté.*

L'Angleterre, l'Ecosse, l'Australie, le Canada, possèdent quelques sanatoriums, ainsi que l'Autriche.

Les Etats-Unis possèdent une trentaine de sanatoriums. New-York en possède six actuellement.

La Russie possède trois sanatoriums, la Suède, trois, le Danemark, deux, etc.

En France on compte 18 à 30 sanatoriums.

L'impulsion généreuse est donnée, il faut que le tuberculeux espère en sa guérison. Les règles de l'isolement sont connues: le personnel est également instruit, ce qui a permis de soigner, à Brompton, 15,000 tuberculeux sans relever un seul cas d'infection.

(i) *Le point de vue international.*

Si les mesures applicables à la peste, le choléra et la fièvre jaune ont pu se généraliser dans tous les pays, l'auteur estime qu'il n'en peut être ainsi pour la tuberculose. Néanmoins, les wagons de chemin de fer, les paquobts, les hôtels doivent être l'objet d'une attention spéciale. En France, le ministre signale aux grandes compagnies les précautions à prendre. Aux Etats-Unis, dans certains endroits, la désinfection de chaque chambre est faite avant l'arrivée d'un voyageur nouveau. En Allemagne, tout médecin qui traite un tuberculeux doit en avertir la police par écrit, après la mort de celui-ci, la chambre et les effets sont désinfectés.

De l'ensemble de ces efforts, l'auteur conclut qu'il faut agir par la parole, par les journaux, par les brochures. Une fois la conviction faite, les pouvoirs publics suivront l'entraînement général dans la lutte contre le mal qui compromet l'avenir des patries.

Cette analyse résume à peine le remarquable exposé synthétique de la lutte contre la tuberculose dans le monde entier.

II

La lutte contre la tuberculose envisagée a la lumière de l'expérience acquise dans le combat contre les autres maladies infectieuses.

Tel est le titre de la communication du professeur Koch, de Berlin. Après quelques considérations sur le mode de propagation ordinaire de la maladie, l'auteur développe le point capital de sa communication: " L'infection tuberculeuse peut-elle, comme on le pense, en général, se transmettre par le passage des germes morbides de l'animal à l'homme ? On dit que c'est le mode le plus fréquent. Mes recherches m'ont permis de me faire une opinion différente de celle généralement admise, dit-il." Et l'auteur passe à la discussion de ce dernier point.

" Un lot de jeunes veaux, éprouvés par la tuberculine et pouvant être ainsi regardés comme indemnes de tuberculose, fut infecté suivant différents procédés par des cultures pures de bacille tuberculeux provenant de tuberculose humaine; quelques-uns reçurent directement des crachats de phtisiques. Dans quelques cas, le bacille tuberculeux ou le crachat étaient injectés sous la peau, dans d'autres cas, dans la cavité péritonéale, dans d'autres enfin dans la veine jugulaire. Six animaux furent alimentés avec des crachats tuberculeux presque quotidiennement pendant sept ou huit mois, quatre inhalèrent de grandes quantités de bacilles, en suspension dans de l'eau que l'on pulvérisait dans l'atmosphère. Aucun de ces animaux (ils étaient au nombre de dix-neuf) ne présenta le moindre symptôme morbide et tous augmentèrent de poids. Six ou huit mois après le début de l'expérience, ils furent sacrifiés. Dans les organes, on ne trouva pas trace de tuberculose. C'est seulement aux points où avaient été faites les injections, que l'on rencontra de petits foyers de suppuration renfermant quelques bacilles tuberculeux. C'est exactement ce que l'on trouve lorsque l'on injecte des corps de bacilles morts, sous la peau d'animaux réfractaires. Ainsi les animaux réagissaient au bacille humain vivant, comme s'ils avaient reçu des bacilles morts. Ils étaient absolument réfractaires.

Le résultat était tout à fait différent quand la même expérience était faite sur les veaux non tuberculeux, avec des bacilles tuberculeux provenant d'un animal atteint de tuberculose bovine. Après une période d'incubation d'une semaine environ, les plus graves lésions tuberculeuses se produisaient dans les organes de tous les animaux injectés. Il en était de même, que le bacille ait été injecté sous la peau, dans la cavité péritonéale ou dans le système vasculaire. Une fièvre élevée se déclarait. Quelques-uns mouraient de un mois et demi à deux mois après, les autres étaient tués dans un état misé-

rable au bout de trois mois. A l'autopsie, on trouvait une infiltration tuberculeuse très étendue au point où avait été faite l'injection et dans les organes intéressés tels que le poumon, la rate.

En résumé, le bétail se montrait aussi sensible au bacille de la tuberculose bovine qu'il était réfractaire au bacille ed la tuberculose humaine. J'ajoute que les préparations d'organes provenant d'animaux infectés expérimentalement par la tuberculose bovine sont exposés au Muséum de pathologie et de bactériologie.

On peut distinguer d'une manière aussi nette la tuberculose bovine et la tuberculose humaine en faisant des expériences d'alimentation sur le "porc." Six jeunes porcs furent nourris tous les jours, pendant trois mois, avec des crachats de phtisiques. Six autres porcs reçurent le bacille de la tuberculose bovine quotidiennement pendant la même durée. Les animaux nourris avec des crachats restèrent en bonne santé et eurent une croissance normale, tandis que ceux nourris avec le bacille de la tuberculose bovine devinrent malades et furent arrêtés dans leur croissance: la moitié du lot succomba. Après trois mois et demi, les survivants furent tués. Sur les animaux nourris avec des crachats, on ne trouve pas trace de tuberculose, si ce n'est, çà et là, quelques nodules dans les ganglions du cou, et, dans un cas, quelques granulations dans le poumon. Les animaux qui avaient reçu de la tuberculose bovine, au contraire, présentaient sans exception, comme dans l'expérience sur les veaux, de graves lésions tuberculeuses, notamment l'infiltration tuberculeuse des ganglions et du mésentère, considérablement tuméfiés, et une propagation de la tuberculose aux poumons et à la rate.

La différence entre la tuberculose bovine et l'humaine n'apparaissait pas moins nettement dans une expérience analogue poursuivie sur des ânes, des moutons et des "chèvres", dans le système vasculaire desquels on injecta les deux espèces de bacilles.

Nos expériences, dois-je ajouter, ne sont pas les seules qui aient amené à ce résultat. Si l'on étudie la bibliographie sur ce sujet, et si l'on réunit les expériences faites autrefois par Chauveau, Günther et Harms, Bollinger, etc., qui ont alimenté des veaux, des porcs et des chèvres avec des organes tuberculeux, on trouve que les animaux qui furent nourris avec du lait et des poumons de bétails tuberculeux furent toujours atteints de tuberculose, tandis qu'il n'en fut pas de même pour ceux qui reçurent des organes humains. Des recherches comparatives sur la tuberculose bovine et sur l'humaine ont été faites récemment dans l'Amérique du Nord par Smith, Dinwiddie et Frothinghem, et leurs résultats concordent avec les nôtres. La netteté et la précision de nos conclusions tiennent au choix que nous avons fait des méthodes excluant toute cause d'erreur et au soin que nous avons pris de la conservation et de la nourriture de nos animaux afin d'éviter de troubler nos résultats.

Considérant tous ces faits, je suis autorisé à "soutenir que la tuberculose "humaine diffère de la tuberculose bovine et ne peut être transmise au bé-"tail." Il me semble désirable que nos expériences soient répétées par d'autres, afin d'écarter tout doute sur la vérité de nos assertions.

Je désire aussi ajouter qu'en raison de la grande importance du sujet, le gouvernement allemand a désigné une commission pour poursuivre ces recherches.

* * *

Qu'elle est la réceptivité de l'homme à la tuberculose bovine? Cette question est beaucoup plus importante pour nous que celle de la réceptivité du bœuf à la tuberculose humaine. Il est impossible de donner une réponse directe parce qu'on ne peut expérimenter sur l'homme. Indirectement on peut approcher de la solution. On sait que le lait et le beurre consommés dans les grandes villes contiennent une grande quantité de bacilles tuberculeux encore vivants, comme le prouve l'expérimentation avec ces produits sur l'animal. La plupart des habitants des villes consomment ainsi, chaque jour, des bacilles de la tuberculose bovine, vivants et virulents. Ils réalisent ainsi l'expérience que nous pouvons entreprendre. Si le bacille de la tuberculose bovine pouvait infecter l'organisme humain, les cas de tuberculose causés par l'ingestion d'aliments contenant le bacille se rencontreraient chez les habitants des grandes villes et en particulier chez les enfants. De nombreux médecins pensent qu'il en est ainsi.

Telle n'est pas en réalité la vérité. On ne peut affirmer l'origine alimentaire de la tuberculose que dans les cas où l'intestin a subi la première atteinte, c'est-à-dire lorsque l'on trouve une tuberculose intestinale primitive. Mais ces cas sont très rares. Parmi de nombreux cas de tuberculose, je n'ai trouvé moi-même que deux cas de tuberculose intestinale primitive.

Parmi les nombreuses autopsies de l'hôpital de la Charité à Berlin, on ne constate que 10 cas de tuberculose intestinale primitive en cinq ans. Parmi 933 cas de tuberculose infantile à l'hôpital des enfants de l'empereur et de l'impératrice Frederick, Baginski n'a jamais rencontré de tuberculose intestinale sans lésion simultanée du poumon et des ganglions bronchiques; sur 3.104 autopsies d'enfants tuberculeux, Biedert n'observe que 16 cas de tuberculose primitive de l'intestin. Je pourrais tirer de la littérature médicale nombre de statistiques du même genre montrant que la tuberculose primitive de l'intestin, surtout parmi les enfants, est une maladie relativement rare; il n'est pas certain que dans les quelques cas que j'ai cités elle soit due à la tuberculose bovine. Il est aussi probable que la tuberculose a été causée par la propagation du bacille de la tuberculose humaine pénétrant dans le tube digestif par une voie quelconque, par exemple par la salive avalée.

Jusqu'à présent, personne n'a pu affirmer avec certitude que dans ces cas la tuberculose intestinale était d'origine bovine ou humaine. Maintenant le diagnostic peut être fait. Il est seulement nécessaire de faire une culture pure du bacille trouvé dans les organes tuberculeux et de s'assurer qu'il s'agit de tuberculose bovine par l'inoculation au bétail. A ce sujet, je recommande l'inoculation sous-cutanée qui donne des résultats caractéristiques. Depuis six mois je m'occupe de ces recherches, mais, en raison de la rareté de la maladie en question, le nombre de cas que j'ai pu examiner est peu considérable. Ce que j'ai retiré de ces recherches jusqu'à présent n'est pas en faveur de la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme.

Quoique cette importante question de savoir si l'homme est susceptible de contracter la tuberculose bovine ne soit pas encore entièrement résolue, on est néanmoins autorisé à dire que si cette réceptivité existe, la réalisation de l'infection se produit très rarement. *J'estime que la propagation de la*

tuberculose par le lait ou la chair des animaux est à peine plus fréquente que la tuberculose héréditaire ; par conséquent, je ne crois pas nécessaire de prendre aucune mesure contre elle,

Discussion.

La communication de Koch a pris tout le monde par surprise et les répliques commencèrent même en séance générale.

LORD LISTER a nié qu'il fut prouvé que la tuberculose humaine ne pouvait pas se communiquer aux animaux ; en supposant qu'il en soit ainsi, il ne s'ensuit pas que la tuberculose bovine n'est pas transmissible à l'homme. Il compara ce qui arrive aujourd'hui à ce qui arrive avec la variole et le cow-pox. Les essais pour inoculer la variole au veau échouent en règle générale et l'on en avait conclu que la variole et le cow-pox étaient entièrement différents : " c'était là une erreur, dit-il, puisque l'on sait aujourd'hui que le cow-pox n'est que la variole modifiée par son passage à travers l'organisme." Et il a rappelé les expériences de Copeman inoculant la variole aux singes dont le contenu des pustules, inoculé aux veaux, provoquait une éruption de cow-pox pouvant servir à vacciner les enfants.

Quant à la tuberculose intestinale primitive chez les enfants, Lord Lister affirme, malgré les statistiques de Koch, qu'on trouve un très grand nombre de décès infantiles par la tuberculose mésentérique sans aucune autre manifestation tuberculeuse dans les autres viscères. D'où provient cette tuberculose? de l'alimentation ; les bacilles, introduits par les aliments, ont franchi la muqueuse intestinale sans la léser et ont été arrêtés par les ganglions.

M. NOCARD, de Paris, tout en rendant hommage à la communication de Koch, estime que les conclusions en sont peut-être excessives. Tout en admettant qu'on ait grossi les dangers de la tuberculose des bovidés, il faut craindre l'exagération contraire de ne plus se défendre contre les dangers réels qu'elle fait courir à la santé publique. Si petite que soit la part de la tuberculose des bovidés à la propagation de la tuberculose humaine, il faut en tenir compte.

Un principe de la méthode expérimentale veut, dit Nocard, que les faits négatifs ne prévalent point, quel que soit leur nombre, contre les faits positifs.

Or, l'auteur affirme qu'il existe des faits positifs d'infection des bovidés par les produits tuberculeux empruntés à l'homme. Ce sont les expériences de Chauveau qui sont les premières en date. Dans quatre expériences, des veaux de cinq à dix mois, infectés au moyen de produits tuberculeux provenant de l'homme, soit par voie digestive, soit par injections intraveineuse, ont été sacrifiés au bout de 50 jours et présentaient des lésions tuberculeuses procédant de l'infection expérimentale. Dans 2 ou 3 cas, les lésions siégeaient dans l'intestin, les ganglions mésentériques et le péritoine; dans un dernier cas, les ganglions rétro-pharyngiens et œsophagiens étaient plutôt atteints.

Quoique ces expériences aient été faites dans un temps où la tuberculine était inconnue, on ne peut douter de leur véracité, car Chauveau avait pris soin de choisir ses veaux dans un centre d'élevage où la tuberculose était inconnue, et il conservait comme témoins un nombre égal qui se sont montrés absolument indemnes après sacrifice.

Ce sont des faits positifs indéniables.

Cependant, la difficulté d'inoculer la tuberculose humaine aux bovidés et vice versa, peut s'expliquer par le fait que le parasite s'est accomodé au milieu où il vit, homme ou bœuf, depuis un nombre indéfini de passages et se développe avec peine sur un milieu étranger. Et l'auteur rappelle combien il est difficile d'obtenir une première culture du bacille de Koch sur les milieux les plus favorables. Ce qui se passe dans les milieux inertes est encore plus vrai dans les milieux vivants.

M. Nocard rappelle ce qui arrive pour le bacille du rouget du porc se développant difficilement chez le lapin, dans une première inoculation, atteignant bientôt une virulence excessive après plusieurs passages de lapin à lapin qu'il tue en quelques heures. Or ce bacille, si virulent pour le lapin, a perdu toute virulence pour le porc dont il provient. Il rappelle des

expériences équivalentes avec des parasites d'un ordre plus élevé, qui donnent des résultats identiques.

Enfin, il rapporte ses propres expériences. " Le bacille de la tuberculose de l'homme ou de la vache, cultivé dans le péritoine de la poule à l'abri de l'action phagocytaire (grâce à la protection d'un sac de collodion), acquiert lentement les caractères du bacille de la tuberculose aviaire, et devient incapable de tuer le cobaye ou qu'avec des lésions analogues à celles de la tuberculose aviaire."

D'ailleurs, pour l'auteur, des faits cliniques abondent de la transmission à l'homme de la tuberculose des bovidés. Et il cite les noms d'hommes connus, qui se sont blessés en faisant l'autopsie de vaches tuberculeuses et qui ont succombé à l'évolution progressive de la maladie.

Un fait authentique d'infection par le lait provenant de vaches tuberculeuses est celui de la fille du professeur Gosse, de Genève.

Et l'auteur s'inscrit en faux contre les conclusions du mémoire de Koch.

Enfin, pour clore cette discussion mémorable, je citerai les paroles du professeur John McFadyeau, sur la présence des bacilles tuberculeux dans le lait et les dangers auquels ils nous exposent:

" J'exprime l'espoir, dit-il, que le Congrès ne voudra pas faire sienne cette vue qu'il est inutile de prendre des mesures pour empêcher la propagation de la tuberculose animale à l'homme... Nous ne pouvons accorder aux laitiers le droit de nous vendre des bacilles de la tuberculose, quand même il serait certain que, semblables aux cochons des expériences du docteur Koch; nous n'avons rien de plus à redouter que le développement de petits nodules çà et là dans les glandes lymphatiques du cou, et de quelques tubercules gris dans nos poumons."

— Et les conclusions sont assez claires je pense.

— Protégez-vous contre les tuberculoses de toutes espèces.

— Soignez vos malades dès le début.

— Isolez-les dans la suite, et enseignez leur les dangers qu'ils font courir à ceux qui les entourent.

— Surveillez le lait que vous buvez.

— Faites bouillir le lait qui sert à l'alimentation de vos enfants.

— Gare aux abattoirs.

J.-A. LeSage.

(A suivre)

ONZIÈME CONGRÈS

— DES —

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Ce Congrès se réunissait le 1er août dernier à Limoges, sous la présidence de *M. Gilbert Ballet.*

I. La 1re communication fut celle de *M. A. Carrier*, intitulée *Du délire aigü au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique.* Jusqu'à 1881, époque à laquelle Briand, dans sa thèse, rapprocha le délire aigü des affections microbiennes ou toxi-infectieuses, les opinions les plus diverses sur sa nature avaient eu cours. Depuis cette époque, Krafft-Ebing, Kræpelin, Delasiauve, Chaslin, Séglas, Négis, ont confirmé par leurs travaux la nature infectieuse du délire aigü. M. Carrier sut réunir dans ce remarquable rapport, en un faisceau compact, les différents éléments épars dans la science. Se basant sur les faits cliniques, le rapporteur affirme que le délire aigü est un syndrôme de nature toxi-infectieuse, et l'anatomie pathologique, ainsi que la bactériologie viennent confirmer cette assertion.

Examinons les données cliniques sur lesquelles M. Carrier s'appuie. Et d'abord le délire qui est à type maniaque, à forme de confusion mentale hallucinatoire. Cette forme de délire et l'excitation qui l'accompagne peut s'expliquer par l'action directe d'un agent infectieux sur les éléments nerveux qui réagissent en exagérant leur fonction jusqu'à l'épuisement terminal. Les hallucinations, les illusions, l'hypéresthésie sensorielle et l'agitation motrice peuvent s'expliquer par l'action d'un poison qui vient troubler le fonctionnement cellulaire et dont le degré d'activité mesure l'intensité des réactions fonctionnelles qui en résultent. La fièvre, constante, à type rémittent, a le caractère des fièvres toxi-infectieuses; elles peut être le résultat soit de l'action directe de l'agent pathogène ou de ses

toxines, dont la virulence mesure son intensité, soit des modifications apportées dans l'élaboration des sécrétions internes. L'accélération du pouls serait due aux altérations plus ou moins profondes du pneumogastrique et des centres bulbaires. Les modifications de la pression artérielle seraient dues à l'action de l'agent toxique sur les vaisseaux. La sitiophabie serait due à l'état défectueux des voies digestives supérieures. La constipation, qui est habituelle, peut être considérée comme une conséquence de l'infection, et vient ajouter un élément nouveau à l'intoxication préexistante. Il en est de même de l'insuffisance hépatique et de l'insuffisance rénale qui peut aller à l'anurie.

Le délire aigü est subordonné à trois ordres de conditions pathogéniques essentielles: la prédisposition névropathique, l'épuisement nerveux occasionnel et la toxi-infection.

L'auteur conclut que: 1° le délire aigü est un syndrôme de nature toxi-infectieuse. Ce n'est pas une maladie nue, ce n'est pas une entité morbide au sens nosologique du mot, parcequ'il dépend essentiellement d'infections et d'intoxications diverses; 2° il a son point de départ dans l'altération primitive des éléments nerveux par l'agent pathogène, et, par suite, intéresse l'organisme tout entier en permettant la production d'auto-intoxications secondaires qui constituent toute la gravité de la maladie; 3° des recherches nouvelles sont à poursuivre pour déterminer la nature des divers agents infectieux qui peuvent le produire, et pour expliquer le mécanisme de cette toxi-infection.

M. Régis est d'opinion que c'est encore la clinique qui apporte le meilleur élément de preuves que le délire aigü est un état de nature toxique. Cliniquement, il ne diffère pas, en effet, des autres délires toxiques, sauf par le degré d'intensité et d'acuité; anatomiquement, il offre les lésions de méningo-encéphalite, de dégénérescence des cellules nerveuses communes à la plupart des intoxications; bactériologiquement enfin, on y peut trouver, non seulement le bacille de Bianchi et Piecinino, mais encore d'autres espèces microbiennes, tels que le strepto-

coque, le staphylocoque, ou même encore, on peut n'y trouver aucun microorganisme.

M. Briand ne croit pas que le délire aigü est déterminé par un microorganisme toujours identique à lui-même, mais que des microbes et des intoxications diverses peuvent le produire.

II. *M. Roubinovitch* signale la possibilité assez rare de voir débuter le délire aigü par une phase à forme paranoïaque (*délire aigü à forme paranoïaque*). Sa malade était une arthritique et avait déjà présenté des troubles psychiques à l'âge de 17 ans, à l'occasion de la menstruation. Peut-être ses antécédents expliquent-ils, jusqu'à un certain point, la raison de l'apparition du délire systématisé comme prélude au délire aigü.

D'après *M. Marchand*, les symptômes du délire aigü ne sont pas constants, son évolution, sa pathogénie, son étiologie varient suivant les cas. *M. Crocq* croit que le délire aigü est très variable, non seulement dans ses manifestations symptômatiques, mais aussi dans ses lésions anatomiques. *M. Briand* dit que la diversité des symptômes est plus apparente que réelle. *M. Arnaud* insiste sur la physionomie douloureuse et souffrante qui présentent les délirants aigüs.

III. *Des hémorrhagies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie et de leur analogie avec les stigmates des extatiques.* — *M. Bourneville* rapporte quelques observations de malades épileptiques qui avaient présenté immédiatement après leurs attaques des hémorrhagies de la peau et des muqueuses. Quelques auteurs, Herpin, Kaposi, Apert, Gowers, etc., les ont déjà signalées. Elles consistent en un pointillé hémorrhagique, confluent, semblable à des piqures de puce et constituent une variété de prupura. Ces faist lui ont fait penser aux phénomènes qui se produisent chez certaines mystiques, les stigmatisées. Leur esprit est absolument concentré sur le siège des plaies du Christ : front, mains, pieds, côté. Elles voudraient les voir saigner. D'où aussi, volontairement ou non, des attouchements, des frictions au niveau de ces régions, voire même des excoriations, en tout cas une diminution de la résistance de la peau et finalement, au cours de l'attaque extatique, l'écoulement sanguin si ardemment désiré. Il s'o-

père de la même façon que l'épanchement de sang sous la conjonctive, que le suintement ou le giclage du sang d'une éraflure ou d'une excoriation au cours des accès épileptiques.

M. Crocq a pu observer un malade qui, après ses attaques d'épilepsie, présentait des taches purpuriques sur le front, en même temps que des hématuries. — *M. Doutrebente* demande à M. Bourneville si ses malades n'étaient pas hémophiles. Pour sa part, il a observé des hémorrhagies diverses après les crises épileptiques, mais chez des sujets hémophiles. — *M. Bourneville* répond que ses épileptiques n'étaient pas hémophiles, mais jouissaient d'un état général parfait; de plus que le purpura présenté n'était pas un purpura ordinaire.

IV. *M. Meige* fait une communication sur la *Gymnastique en miroir.* — Lorsque l'on écrit des deux mains en même temps en faisant abstraction de l'image visuelle du mot que l'on veut écrire, chacun écrit spontanément de la main gauche en écriture en miroir. Si l'on écrit de la main gauche seule, les caractères de l'écriture droite reviennent souvent au milieu de ceux qui constituent l'écriture en miroir. Cette écriture en miroir de la main gauche est pour ainsi dire physiologique, et en s'exerçant un peu on arrive facilement à écrire couramment. L'éducation du centre pour l'écriture droite fait en même temps celle de l'autre côté pour l'criture en miroir. L'auteur conclut de ces faits à l'application pratique suivante: Les individus, privés accidentellement, à la suite d'une fracture du bras droit, par exemple, de leur écriture normale pourraient employer l'écriture en miroir qu'ils possèdent de leur main gauche et après un court exercice, arriveraient aussi à écrire facilement.

M. Gilbert Ballet confirme les conclusions de M. Meige. Il insiste sur ce fait que les individus qui écrivent en copiant les images visuelles arrivent très difficilement à écrire de leur main gauche en écriture en miroir, et ils arriveraient assez facilement à écrire de leur main gauche en écriture droite normale. *M. Meige* reconnaît, en effet, que pour écrire de la main gauche en miroir, il est indispensable de faire abstraction des images visuelles, il ne faut pouvoir ne pas copier le mot ou les lettres. Il fait remarquer en outre, que lorsqu'on écrit des deux mains,

alors l'écriture de la main gauche est en miroir, le caractère typographique de l'écriture ordinaire de la main droite change complètement.

V. Communication de *M. Devay* sur la *Psychose post-opératoire.* — Au Congrès d'Angers, M. Neyneau, dans son rapport, n'admettait pas l'existence d'un type spécial que l'on pouvait étiqueter de psychose post-opératoire. Contrairement à cette opinion admise par la plupart des aliénistes, M. Négis, en se basant sur des observations personnelles, décrit un type clinique qui est le suivant: un fonds de confusion mentale sur lequel se greffe un état délirant onirique constitué par des associations automatiques et hallucinations d'images et de souvenirs antérieur. L'auteur rapporte l'observation d'un malade qui a présenté, immédiatement après l'opération, un trouble mental passager, puis, le 8e jour, un véritable accès mélancolique, suivi quelques jours après d'un état hallucinatoire, nocturne surtout. Le psychose est établie 15 jours après l'opération.

M. Négis fait remarquer que depuis il a observé de nouveau cas de psychoses post-opératoires qui rentrent absolument dans le cadre des délires toxiques.

VI. Sous le titre de *Tumeur cérébelleuse et épilepsie, M. L. Marchand* rapporte un cas intéressant par le fait que la tumeur, malgré sa grosseur et sa situation bulboprotubérantielle, ne s'était révélée que par la présence de crises revêtant les caractères des accès épileptiques. A l'autopsie, on trouva une tumeur cérébelleuse de la grosseur d'une noix développée au niveau du lobule du pneumogastrique, et qui comprimait le bulbe et la protubérance.

VII. *M. Etienne Martin* rapporte *Deux cas de torticolis mental chez des aliénés*, qu'il fait suivre d'*observations relatives au traitement de cette affection.* L'un de ces cas est relatif à un dégénéré atteint de délire mélancolique avec idées hyprochondriaques; mais d'habitude, l'état mental ne paraît pas aussi modifié et aussi profondément atteint. Il s'agit de dégénérés dont le déséquilibre n'est que peu apparent et dont l'affection semble en entier constituée par le torticolis dont ils sont porteurs. Le

traitement constituera en des séances de gymnastique, de massage et d'électricité, et en rééducation du système musculaire par la suggestion à l'aide du mouvement. Le traitement doit être poursuivi avec persistance.

M. Meige dit que le torticolis mental est en effet curable dans la grande majorité des cas et que les insuccès sont souvent dus à la trop courte durée du traitement. Il n'apparaît que chez des dégénérés, tant au point de vue physique que mental, qui ne présentent pas de graves troubles mentaux, mais qui cependant frisent la vésanie.

M. Brissand a toujours constaté que l'amélioration physique précédait l'amélioration des symptômes mentaux.— *M. Briand* rappelle que le torticolis mental est curable, mais sujet à récidive, et de plus ne constitue qu'une modalité de la maladie des tics; ce qui est également l'opinion de M. Meige.

VIII. *M. Devay* rapporte deux nouveaux cas de *paralysie générale juvénile.* Chez l'un, syphilis héréditaire; chez l'autre, infection tuberculeuse; chez tous deux, démence. *M. Régis* dit que ces malades présentent rarement du délire, mais qu'ils s'effondrent lentement dans une démence tranquille. La paralysie générale juvénile serait plutôt le résultat de la syphilis héréditaire que de la syphilis acquise. *M. Marchand* insiste sur le fait que la forme démente d'emblée est de beaucoup la plus fréquente dans la paralysie générale juvénile. *MM. Ballet et Brissaud* sont persuadés que la paralysie générale, les affections parasyphilitiques, de même que les manifestations syphilitiques tertiaires, semblent avoir une tendance à apparaître plus tôt qu'autrefois à la suite de l'infection syphilitique.

IX. *MM. Roubinovitch et Philipet* donnent les résultats de leurs *recherches expérimentales et cliniques sur l'hédonal, hypnotique du groupe des uréthanes.* Ils concluent que l'hédonal est un hypnotique inoffensif, à dose égale, il parait moins actif que le chloral et le sulfonal. Mais, à cause même de sa très-faible toxicité, la comparaison ne devrait pas se faire à dose égale, et des expériences ultérieures plus hardies donneraient sans doute des résultats plus probants.

E. P. CHAGNON.

ANALYSES

MEDECINE

Technique nouvelle de la rachicocainisation dans *Gazette des Hôp.taux*, 11 juillet 1901, por GUINARD.

L'auteur rapporte les expériences qui ont été faites récemment sous la direction de MM. Ravaut et Aubourg. Les faits acquis méritent d'attirer l'attention et nous les rapportons à cause de leur importance.

M. Ravaut a fait l'examen du liquide céphalo-rachidien quatre à cinq heures, puis quatre à cinq jours, enfin, douze à quinze jours après la rachicocaïnisation.

I. — Dans le premier cas, 4 à 5 heures après la rachicocaïnisation, le liquide obtenu par ponction est trouble et laisse déposer un culot de pus, avec coagulum fibrineux comme dans un liquide pleurétique. Un examen minutieux au microscope et l'ensemencement démontrent que le liquide est aseptique et "qu'il n'y a pas trace d'infection." Ce dépôt est constitué par des éléments polynucléaires et des lymphocytes qui viennent des vaisseaux de la pie-mère;

II. — Dans le 2e cas, quelques jours après la rachicocaïnisation, le liquide est plus clair et renferme plutôt des lymphocytes;

III. — Dans le dernier cas, après 15 jours, le liquide est clair et absolument normal.

Tous ces phénomènes indiquent un mouvement de défense, provoqué par l'injection de cocaïne dans le liquide céphalo-rachidien. C'est, disent les auteurs, de la méningite aseptique ou, plus précisément, de la congestion de la pie-mère. Ainsi se trouvent expliqués les signes cliniques relevés ailleurs. La céphalée, l'hyperthermie, les vomissements sont plus ou moins intenses suivant la réaction plus ou moins vive, caractérisée par la présence en nombre plus ou moins grand des polynucléaires ou des lymphocytes.

Pour prévenir ce choc, l'auteur préconise la technique suivante: "Je recueille, dit-il, dans un petit récipient stérilisé 2 c. c., de liquide céphalo-rachidien, soit 50 gts. Avec un compte-gouttes calibré à un millimètre, je laisse tomber dans ce liquide 4 gouttes d'une solution de cocaïne titrée à 1 centigramme pour 2 gts. J'aspire ce mélange dans la seringue, et je l'injecte dans le sac arachnoïdo-piemérien."

Dans les 500 observations citées par l'auteur, on n'a jamais observé un seul des accidents: céphalée etc.... qui ont fait abandonner la rachicocaïnisation à plus d'un.

L'auteur termine et donne un moyen de faire cesser la céphalée intense lorsqu'elle se présente dans ces conditions spéciales: faire la ponction du canal et laisser le liquide s'écouler jusqu'à ce que la céphalée cesse.

Donc, vaso-dilatation, accompagnée de pluie diapédétique d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien avec hypertension. Tel est le processus défensif consécutif aux injections de cocaïne dans le canal rachidien.

Emploi du liquide céphalo-rachidien comme véhicule de la cocaïne et ponction lombaire consécutive en cas de céphalée exceptionnellement intense, tels sont les moyens de prévenir les accidents décrits jusqu'ici.

J. A. LESAGE.

CHIRURGIE

Valeur comparative des méthodes d'exploration de la perméabilité rénale et du cathétérisme de l'urétère, par M. BAZY (Société de Chirurgie, séance du 31 juillet.)

M. Bazy parle de la possibilité, dans les limites actuellement permises, de connaître l'état des reins quand on doit pratiquer une intervention sur les voies urinaires.

Cet état est important à connaître pour les opérations sur les différentes parties de l'arbre urinaire; à plus forte raison, l'est-il quand on doit intervenir sur le rein lui-même, que ce soit par simple néphrotomie, que ce soit par une néphrectomie. Quand on a un rein à enlever, est-il possible de savoir l'état de l'autre rein? Quels sont les moyens les plus simples, les plus classiques à employer?

Les moyens indiqués par ce chirurgien, joints à l'étude de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène et la phloridzine suffisent, affirme-t-il, et sont d'une précision remarquable, supérieurs à tous les autres procédés ou méthodes.

Mais les chirurgiens partisans du cathétérisme de l'uretère affirment de leur côté que c'est le seul moyen de faire un diagnostic précis de l'état des reins.

Il examine la valeur de cette assertion, et la compare à celle qu'il vient d'émettre.

Que donne le cathétérisme de l'uretère?

1° Il permet de recueillir l'urine du rein cathétérisé, en admettant que la sonde puisse passer (rétrécissements, bouchons muqueux, coudures, etc.)

2° L'auteur mentionne une pratique abandonnée depuis le commencement de cette discussion et que l'on peut considérer comme coupable, car elle consiste à cathétériser un uretère sain à travers une vessie infectée.

3° Dans l'urine du rein cathétérisé, on peut voir s'il y a du pus, du sang, des microorganismes pathogènes et enfin on peut faire l'analyse chimique du liquide. Le pus, le sang ne peuvent-ils pas être vus par la simple cystoscopie et les microbes ne peuvent être que dans le pus, le cathétérisme urétéral n'ajoute rien.

Voyons cette analyse chimique, qui différera ou non de l'analyse de l'urine de l'autre côté.

Il est un principe admis par tous et qui résulte de l'expérience, c'est qu'une analyse d'urine n'est valable qu'à la condition de s'exercer sur l'urine des 24 heures; même l'on sait que la quantité des matériaux excrétés par l'urine peut varier pendant plusieurs jours.

Or dans le cathétérisme de l'uretère, on se borne à analyser l'urine excrétée pendant quelques heures; c'est donc sur une minime quantité d'urine

qu'on opère. Les résultats de l'analyse peuvent donc varier avec plusieurs circonstances.

Il faut aussi tenir compte de l'influence exercée sur le rein par la présence d'un corps étranger dans l'uretère.

Il résulte que rien ne prouve que le cathétérisme de l'uretère nous permette de recueillir une urine ayant une composition adéquate à l'état du rein cathétérisé.

Les méthodes d'examen de la perméabilité rénale, au contraire, sont plus sûres, parce qu'au lieu de traduire l'état de l'organisme, au lieu de traduire la façon dont se passent les phénomènes intimes de la nutrition, l'étude de la perméabilité rénale nous montre ce que le rein est capable de faire; elle fait voir si le rein est capable de rejeter au dehors les déchets normaux et anormaux qui se produisent dans l'intérieur de l'organisme.

Pour appuyer sa thèse, l'auteur rapporte en détail l'observation d'une malade qu'il a opérée par une pyonéphrose suppurée par la néphrectomie; cette malade avait subi le cathétérisme des uretères qui avait aggravé son état, et il conclut en disant: Voilà un cas qui montre la faillite du cathétérisme de l'uretère.

On a soutenu que le cathétérisme de l'uretère était une opération "innocente, sans danger et indolente."

L'on voit par l'observation de notre malade que le soir du cathétérisme urétéral, elle a eu une température de 39° 4, et qu'elle a souffert.

Si la fièvre doit être considérée comme n'étant pas une complication, je veux bien concéder qu'il n'y a pas de danger. Tant qu'on considérera la "fièvre" comme une complication, je considérerai comme "dangereux" le cathétérisme urétéral.

Et ce danger je l'ai trouvé chez deux autres malades qui ont eu de la fièvre; comme cette malade, ils ont "souffert" eux aussi.

Quand je comparais le cathétérisme à la laparatomie exploratrice, je n'exagérais pas.

Donc le cathétérisme de l'uretère peut être une opération "très pénible "et dangereuse."

Il est dangereux par les accidents infectieux qu'il peut déterminer; j'ai cité la fièvre.

M. Legueu a cité un cas personnel d'infection d'une hydronéphrose par le cathétérisme urétéral.

Il est dangereux d'une autre façon: en faisant enlever un organe à peu près sain dans lequel la tuberculose est peut être en voie de régression.

Enfin, je viens de montrer un troisième danger, celui "d'empêcher" d'enlever un organe nuisible; c'est le cas de la malade dont j'ai lu l'observation.

Aussi pour résumer, je dirai que le cathétérisme urétéral, bien loin de donner les résultats précis qu'on dit en obtenir, n'est qu'un trompe-l'œil. L'intervention de l'analyse chimique séparée des deux reins lui donne une apparence scientifique qui n'est qu'illusoire.

Son allure opératoire peut séduire certains esprits, mais il ne résiste pas à un examen sérieux.

A. MARIEN.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des tumeurs malignes ou récidivantes par le quinine ou méthode de Jaboulay, par LAUNOIS, dans *la Revue inter. de Médecine et de Chirurgie*, Avril 1901.

L'auteur rapporte l'histoire d'une femme atteinte de cancer du sein inopérable avec généralisation qui fut soumise aux injections sous-cutanées d'un sel de quinine soluble d'après la formule suivante:

Chlorhydrate neutre de quinine.... ....1 gram.
Eau distillée.... ....4 "

Chaque centimètre cube contient 0 g. 25 centig., de sel de quinine.

On peut se servir du bibromhydrate, du bichlorhydrate, du chlorhydrosulfate dans les mêmes proportions.

On fit les injections à la fesse à raison de 0 g. 50 centig. de sel par jour; puis on descendit à 0 g. 25 à cause de l'intolérance, c'est-à-dire une injection tous les 2 jours environ. En tout 54 injections de novembre à janvier.

L'amélioration fut réelle. Les plaies se couvriren de croûtes et la sécrétion se tarit complètement. L'appétit revint et l'amélioration s'est maintenue.

J. A. LESAGE.

Une application nouvelle de la méthode de l'élongation trophique.—L'ulcère chronique de la jambe, par M. CHIPAULT, (Société de Neurologie, juin 1901.)

L'auteur donne les résultats de ce mode de traitement dans 30 cas, dont 9 lui sont personnels.

Technique. — Comprend deux temps: un temps d'élongation nerveuse que l'on fera porter sur les nerfs musculo-cutané, saphène interne, sciatique poplité externe, c'est-à-dire à distance moyenne de l'ulcère; un temps de traitement de l'ulcère, consistant dans son ablation totale avec réunion, si c'est possible, et dans son curettage, si, comme d'ordinaire, c'est impossible.

Résultats. — Primitifs: Sur 4 ulcères enlevés et suturés, 4 réunions par première intention; sur 26 ulcères curetés: 22 réunions par seconde intention; 4 non-réunions dont une totale et trois partielles.

Tardifs: Sur les 26 réunions, soit primitives, soit secondaires, 9 n'ont pas été suivies, 17 ont été suivies, dont 6 plus d'un an, 2 plus de deux ans, 2 plus de trois ans. Tous les ulcères ainsi traités étaient anciens, rebelles et étendus. L'auteur juge essentiel pour le résultat, que l'élongation soit faite à distance moyenne. 19 cas traités de cette manière n'ont donné qu'un insuccès; dans 11 cas, l'élongation a porté à grande distance sur le sciatique: ils ont donné trois insuccès, dont deux particulièrement instructifs; il s'agissait de malades porteurs d'ulcères superposés; or, l'élongation du sciatique a guéri leur ulcère supérieur, le plus près de l'élongation, et n'a pas guéri leur ulcère inférieur, le plus éloigné, qui pourtant se trouvait dans les mêmes conditions d'état préopératoire et de soins locaux.

Les résultats semblent prouver que l'ulcère de jambe rappelle beaucoup plus qu'on ne le dit d'ordinaire des troubles trophiques. On y note, du reste, souvent des troubles de la sensibilité, surtout de la sensibilité thermique et

des troubles de la calorification. D'autre part, l'importance du rôle qu'y joue d'ordinaire la lésion vasculaire n'est plus pour embarrasser, aujourd'hui qu'il est admis que les dystrophies des plaies trophiques dépendent des lésions des nerfs vaso-moteurs par l'intermédiaire des altérations artério-veineuses que ces lésions produisent.

E. P. CHAGNON.

PÉDIATRIE

La toux et ses causes chez les enfants. Par JOHN MADISON TAYLOR, A.M.M.D. Professeur des maladies de l'enfance à la Polyclinique de Philadelphie. (*International Medical Magazine*, mars 1901.)

Toutes causes capables de produire une irritation aux poumons engendrent la toux qui a son point de départ dans la muqueuse respiratoire. La toux sert à chasser au dehors tout ce qui irrite cette muqueuse; corps étrangers, mucus ou pus. Elle accompagne toutes les bronchites ainsi que les affections pulmonaires s'accompagnant de bronchite. La toux dans la phtisie est produite par un catarrhe bronchique localisé, ou à une irritation laryngée.

La toux est particulièrement fréquente dans les affections du larynx ou du pharynx. La toux de l'irritation laryngée est facile à reconnaître. La présence d'un corps étranger dans les voies respiratoires ne produit pas toujours de la toux, surtout s'il y a une diminution de la sensibilité de cette région ou de la sensibilité en général.

C'est ce qui survient dans certaines affections cérébrales, et dans cette stupeur produite par de l'hyperpyrexie, comme dans les maladies infectieuses. Il y a lieu de s'inquiéter si, au cours d'une pneumonie ou vers la fin de la tuberculose pulmonaire, la toux devient rare.

La toux peut avoir pour cause une lésion du système nerveux (plancher du quatrième ventricule).

Les corps étrangers de l'oreille tout comme les maladies des oreilles peuvent produire de la toux. Il peut se faire que l'enfant tousse au moment où les dents perçent; de même, cette toux reflexe peut être amenée par une dent cariée.

La toux qui accompagne les dérangemnts de l'intestin et qui disparaît avec eux est probablement causée par de la pharyngite secondaire. La toux est sèche ou humide, constante au paroxystique. La toux est sèche lorsque la cause d'iritation ne peut être promptement enlevée. Une toux sèche est entendue au début de la bronchite et dans la phtisie. La pleurésie au début s'accompagne d'une toux sèche, hachée et retenue; plus tard la toux est superficielle et caractéristique.

La toux produite par un trouble de l'oreille ou par de l'irritation dentaire, ressemble à la toux pleurétique. La toux de l'emphysème est souvent sèche au début pour cesser chaque fois après l'expectoration d'un petit paquet de mucus. La toux nerveuse est également sèche et caractéristique.

Une toux humique s'accompagne d'expectoration de mucus, muco-pus ou de sang. Une toux constante suppose une cause persistante généralement pulmonaire. On l'entend dans la pleurésie, la phtisie, la bronchite et dans les hépatisations pulmonaires.

Une toux paroxystique peut être de nature centrale ou réflexe; on la rencontre lorsqu'il y a cavernes pulmonaires ou lorsque la plèvre s'ouvre dans le poumon; dans ces derniers cas, la toux survient lorsque les cavités sont remplies et cesse lorsqu'elles sont vidées. Lorque la toux paroxystique s'accompagne de vomissements il faut craindre la coqueluche ou la phtisie.

Il faut toujours rechercher avec soin les causes probables de la toux. Un bon examen du nez et du pharynx est indispensable.

D'après le docteur J.-P. Parkinson (Brit. Med. J., Aug. 19, 1899.) qui a examiné 700 enfants de 6 mois à 12 ans qui toussaient, la toux serait due dans:

31 p. c. des cas à une maladie de poitrine.
40 p. c. des cas à une maladie de la gorge.
23 p. c. des cas à une maladie du tube intestinal.
6 p. c. des cas à une autre cause.

La toux des affections de la gorge, amygdalite, est très sévère, paroxystique et augmente si le malade se couche.

Les tumeurs adénoïdes, une pharyngite simple peuvent causer de la toux.

La bronchiectasie et l'hypertrophie des ganglions du médiastin s'accompagnent d'une toux ressemblant fort à celle de la coqueluche avec tirage et vomissements.

Dans tous les cas de toux, les antécédents personnels du malade seront d'un grand aide pour le diagnostic.

PHARMACOLOGIE.

Formulaire clinique.

I.—RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

(a) *Traitement local.*

Salycilate de méthyle, 60 gouttes sur une compresse de flanelle appliquée sur l'articulation. Pansement humide compressif renouvellé matin et soir, (ouate, gutta-percha, bandage.)

Ou bien :

Laudanum	ââ 30 grammes.
Chloroforme	
Huile de jusquiame	
Baume tranquille	

En application locale comme précédemment, suivie d'un bandage compressif humide.

(b) *Traitement général.*

Salycilate de soude, 1 gramme toutes les deux heures jusqu'à intolérance dans une potion :

Eau distillée	ââ 100 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	
Rhum, ou whiskey vieux	40 grammes.
Salycilate de soude	12 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures dans un demi verre d'eau de Vichy, Epiphanie, ou lait.

(c) *Régime* : Repos au lit ; lait, gruau clair, cornstarch. Eaux alcalines: Vichy, Epiphanie. Lavements au besoin.

Sulfate de soude	50 grammes.
Eau	250 grammes.

Pour une seule injection, à renouveler au besoin.

On peut remplacer le salycilate de soude par l'antipyrine à la dose journalière de 3 à 4 grammes (45 grains] fractionnés. Le massage et les pointes de feu complètent le traitement dans la période de la convalescence. Les bains chauds sont utiles. Surveiller le cœur—endocardite ?

BIBLIOGRAPHIE

Le Nourrisson : Alimentation et hygiène ; Enfants débiles ; Enfants nés à terme, par PIERRE BUDIN, professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris, avec 128 figures et graphiques en couleurs.... 14 frs.

Voilà un livre appelé à rendre de grands services aux médecins. Pendant longtemps toute l'attention des savants se porta vers la mère, la nouvelle accouchée, c'était l'époque qui a précédé l'asepsie et l'antisepsie. La morbidité et la mortalité chez les femmes en couches étaient élevées, les lymphangites, les abcès du sein, la fièvre puerpérale avec ou sans phlegmatia alba dolens, jetaient la terreur parmi les médecins. Pasteur puis Lister propagèrent à travers le monde la théorie microbienne, et l'illustre Tarnier en suivant l'enseignement de ces savants inaugure l'ère de l'antisepsie dans les accouchements avec les résultats que nous voyons tous les jours.

L'enfant nouveau-né, va maintenant devenir le sujet d'études et de recherches fort intéressantes et c'est au professeur Budin que revient l'honneur d'avoir inauguré ce nouvel ère de progrès si consolant.

Autrefois, l'enfant débile, né avant terme, mourait presqu'invariablement. Lisez la première leçon du professeur Budin, publiée dans le "Nourrisson" et vous verrez ce que peut faire la couveuse, et comment s'en servir.. Vous apprendrez à bien reconnaître le débile par l'abaissement de sa température et de son poids. Grâce à ce merveilleux instrument, la mortalité chez les débiles à été changée du tout au tout.

Une deuxième leçon, nous fait connaître dans ses détails, l'alimentation des débiles: allaitement au sein, gavage, etc. Au cours de la troisième leçon, le savant auteur nous prouve que la quantité de lait que fournissent les bonnes nourrices varie avec les demandes. Elle dimiue si les nourrices sont moins tétées, elle augmente si les nourrices sont plus tétées. Dans son service M. Budin est parvenu à nourrir 54 enfants avec le lait de 14 nourrices.

Dans sa quatrième leçon, l'auteur donne les résultats obtenus dans le service des débiles de la Maternité ainsi qu'à la Clinique Tarnier. Il recommande autant que possible l'allaitement au sein pour l'enfant débile. Ce n'est qu'à la cinquième leçon que l'auteur étudie l'enfant né à terme. Que de choses importantes renferme cette leçon sur le rôle de la balance, sur l'allaitement mixte, sur les troubles digestifs et les maladies des enfants. La sixième leçon étudie les effets sur la secrétion lactée créés par les émotions, par une mauvaise hygiène, par l'apparition des règles, etc. La septième leçon est consacrée aux enfants pour lesquels l'allaitement au sein est impossible, ceux qui sont atteints de bec-de-lièvre, etc., à ceux qui ne veulent pas téter et à ceux qui ne peuvent pas digérer le lait de femme. Il nous est enseigné comment subvenir à une lactation insuffisante. Tous les procédés de conservation du lait sont discutés longuement, avec une description complète de tous les appareils à stérilisation, etc. La huitième et la neuvième leçons sont toutes entières consacrées à l'alimentation du nourrisson. L'auteur démontre les avantages de l'allaitement mixte, lorsque la mère n'a pas assez de lait. Il parle longuement sur le lait stérilisé et enseigne les avantages du lait stérilisé non coupé, donné même aux tout petits enfants. La grande erreur qu'entraine parfois l'allaitement artificiel, c'est-à-dire la suralimentation et ses effets désastreux, est longuement étudiée avec les moyens de l'éviter.

Dans sa dixième leçon, le maître décrit l'organisation de consultations de nourrissons et les résultats obtenus.

Ces consultations de nourrissons existent maintenant dans toutes les villes de France et portent souvent le nom de "Goutte de lait."

Le professeur Budin, a vu son œuvre des consultations des nourrissons non seulement se populariser en France, mais même en Amérique, et le nombre de ces consultations augmentera de plus en plus à cause des résultats extraordinaires qu'elles donnent partout où elles existent. Nous possédons déjà une consultation de nourrissons à Montréal et les effets sont si marqués que nous en aurons plusieurs sûrement l'an prochain.

J. E. DUBÉ.

Résultat des élections triennales des gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

4 septembre 1901.

DISTRICT DE QUÉBEC

No 1—Québec centre : Dr A. Vallée, M.-D. Brochu, C.-R. Paquin.
" 2—Québec ouest, Québec est, Saint-Sauveur : A. Jobin, F.-X.-J. Dorion, J. Marcoux.
" 3—Lévis Lotbinière : J. Ladrière.
" 4—Montmorency, Québec, Portneuf : M. Brophy.
" 5—Charlevoix, Chicoutimi, Lac Saint-Jean : L.-E. Beauchamp.
" 6—Beauce, Dorchester : Tancrède Fortier.
" 7—Bellechasse, Montmagny, l'Islet : L.-M. Moreau.
" 8—Kamouraska, Témiscouata : F.-J. Langlois.
" 9—Rimouski, Matane, Gaspé, Bonaventure, Isles de la Madeleine : J.-B.-R. Fiset.

DISTRICT DE MONTRÉAL

No 1—Montréal, Nos 1 et 2 : A.-R. Marsolais, R.-C. Laurier.
" 2—Montréal, Nos 3 et 4 : R. Boulet, J.-A. Chartier.
" 3—Montréal, Nos 5 et 6 : J.-A. MacDonald, J.-A. Brown.
" 4—Joliette, L'Assomption, Montcalm, Berthier : J.-D. Beaudry.
" 5—Terrebonne, Argenteuil, Deux-Montagnes, Laval : L.-A. Fortier.
" 6—Ottawa, Pontiac : E.-L. Quirke.
" 7—Beauharnois, Châteauguay, Huntiugdon, Soulanges, Vaudreuil : Charles Marshall.
" 8—Shefford, Brome, Missisquoi : J.-D. Pagé.
" 9—Saint-Jean, Chambly, Napierville, Iberville, Laprairie : Hon. Jean Girouard.
" 10—Saint-Hyacinthe, Bagot, Rouville : Ernest Choquette.
" 11—Richelieu, Yamaska, Verchères : E.-H. Provost.
" 12—Hochelaga est, comprenant : Pointe-aux-Trembles, Longue-Pointe, Rivière-des-Prairies, Sault-au-Récollet, Maisonneuve, Delorimier, Petite-Côte, Saint-Léonard de Port-Maurice, Saint-Louis du Mile-End et les quartiers Hochelaga, Saint-Denis et Saint-Jean-Baptiste dans la ville de Montréal : G.-E. Baril.
" 13—Hochelaga ouest, comprenant : le comté de Jacques-Cartier, Verdun, ville Saint-Paul, Côte Saint-Paul, Saint-Henri, Sainte-Cunégonde, Westmount, Outremont, Notre-Dame des Neiges, Notre-Dame de Grâce, Montréal ouest, et le quartier Saint-Gabriel, dans la ville de Montréal : Théodore Cypihot.

DISTRICT DE TROIS-RIVIÈRES

No 1—Drummond, Arthabaska, Mégantic : L.-J.-O. Sirois.
" 2—Trois-Rivières (ville), Champlain (comté) : L.-T. Normand.
" 3—Saint-Maurice, Maskinongé, Nicolet : L.-A. Plante.

DISTRICT DE SAINT-FRANÇOIS

No 1—Sherbrooke (ville et comté) : P. Peltier, J.-O. Camirand.
" 2—Compton, Stanstead, Richmond, Wolfe : R.-T. McMorine, décédé le même jour.

Montréal, 4 septembre 1901.

A.-R. MARSOLAIS, M.-D.,
Régistraire C. M. et C. P. Q.
No 159, rue Saint-Denis.

OCTOBRE 1901

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

PAGES.
587 — Tumeurs du sein et leur traitement ..... *Marien*
597 — La constipation, ses causes et son traitement..... *Dubé*
605 — La cure alimentaire du tubérculeux..... ..... *Bernheim*

REVUE GÉNÉRALE.

615 — Traitement des bronchites..... ..... *Hervieux*

ACTUALITÉS MÉDICALES.

620 — La tuberculose au congrès de Londres (*Suite et fin*)..... *LeSage*
630 — Onzième congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (*Suite et fin*) ..... *Chagnon*

SOCIÉTÉS.

635 — La Société Médicale de Montréal..... *Décarie*

ANALYSES.

MÉDECINE

638 — Le cyto-diagnostic.—La microbe pathogène de la syphilis..... .... *LeSage*

640 — Un cas de fièvre typhoïde sans lésions intestinales. *Dubé*

THÉRAPEUTIQUE.

641 — La santonine dans les crises fulgurantes tabétiques.—Traitement de la pneumonie par le sérum diphtérique..... .... *LeSage*

642 — Mode opératoire pour la préparation du jus de viande et ses effets thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire..... .. ..

OBSTÉTRIQUE.

644 — Vagissements intra-utérins..... ...

PHARMACOLOGIE.

645 — Catarrhe du nez.—Coqueluche.—Crevasses du sein.—Diarrhé chez l'enfant.—Cors, etc., formules diverses.. ....

BIBLIOGRAPHIE.

647 — Alcool et alcoolisme.—Traitement de la coxalgie par la mécanothérapie sans immobilisation au lit—Chirurgie du foie et des voies biliaires.—Manuel de petite chirurgie.—Principes du diagnostic gynécologique.—Diagnostique des maladies de l'encéphale, etc., etc..... ....

MEMOIRES

TUMEURS DU SEIN ET LEUR TRAITEMENT

Par A. MARIEN

Professeur agrégé à l'Université Laval, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Les tumeurs du sein peuvent être divisées en tumeurs *bénignes* et en tumeurs *malignes* au point de vue clinique, et plus précisément en tumeurs *inflammatoires* et en tumeurs *cancéreuses*, si on les envisage au point de vue anatomo-pathologique.

Les *affections inflammatoires* de la région mammaire comprennent deux grandes classes: 1° les *inflammations aiguës;* 2° les *inflammations chroniques.*

Dans les deux sexes la glande mammaire devient le siège de modifications physiologiques importantes à trois époques différentes de la vie, à la naissance, à l'âge de la puberté, mais c'est surtout chez la femme, à l'époque de la grossesse et de l'allaitement, qu'elle offre son maximum d'activité fonctionnelle.

Cette activité physiologique, qui consiste en une prolifération des éléments glandulaires et en un développement considérable des vaisseaux sanguins, devient en quelque sorte un terrain favorable à la localisation des agents infectieux. C'est la poussée proliférative et congestive de l'organe, qui constitue la cause prédisposante des inflammations du sein. La cause déterminante, c'est l'infection.

Les portes d'entrée en sont nombreuses; elles sont le plus souvent extérieures et l'infection est transmise à la glande par les canaux galactophores et les vaisseaux lymphatiques; elle peut avoir aussi une origine interne et être apportée des autres organes par les vaisseaux sanguins. En résumé: congestion de la glande, puis infection, tels sont les deux éléments fondamentaux de la pathogénie des mammites.

Comme dans toutes les autres inflammations, le processus varie suivant le degré de virulence de l'agent infectieux et un peu avec les moyens de défense du sujet.

Les causes occasionnelles de l'inflammation sont très nombreuses. Le gonflement physiologique de la glande, son activité fonctionnelle, sa situation topographique l'exposent à des traumatismes multiples, tels que les heurts, les pressions et malaxations brutales, la compression exercée par les habits et le corset; il faut tenir compte aussi d'une des causes les plus sérieuses d'infection, c'est la malpropreté, l'absence d'hygiène; il y a en effet plus d'une femme qui avoue candidement ne s'être jamais lavé les mamelons, tout en s'empressant de prêcher qu'elle aura mis avec grand succès en application quantité de topiques infects. Les agents pathogènes sont encore amenés au contact du mamelon soit par des linges souillés, soit par des mains non aseptiques, soit enfin par des succions buccales septiques.

Mais la puerpéralité est de beaucoup la cause occasionnelle la plus fréquente des inflammations du sein. Toutes les statistiques en font foi. L'observation a montré que les femmes qui nourrissent sont plus souvent affectées que celles qui ne nourrissent pas. D'ailleurs les efforts de succion de l'enfant qui mâchonne le mamelon et dont la petite bouche héberge des germes pyogènes nombreux sont des causes évidentes d'infection.

La mammite est le plus souvent précédée de lésions du mamelon et de l'aréole. Quand l'inflammation est franchement glandulaire ou péri-glandulaire, la mammite se présente sous la forme d'une petite tumeur globuleuse, mamelonnée, douloureuse à la pression; elle fait corps avec la glande et ne présente pas d'adhérences aux téguments; la peau n'est pas rouge, elle a conservé son aspect normal et les ganglions ne sont pas engorgés. S'il y a lymphangite, au contraire, la rougeur forme des plaques plus ou moins bien dessinées et des traînées rougeâtres se dirigent vers le creux de l'aisselle où l'on trouve des ganglions hypertrophiés.

Il existe pour ces cas des signes caractéristiques dont la recherche ne doit jamais être négligée; c'est que si l'on exerce une pression méthodique sur la petite tumeur, l'on voit soudre au niveau du mamelon des gouttelettes de pus, ou du pus mélangé à du lait, si la glande est en lactation.

Sous le titre d'*inflammations chroniques*, nous comprenons la tuberculose et la syphilis, car ces deux affections représentent le type de l'inflammation chronique, au point de vue anatomo-pathologique. En effet nous savons que ces deux processus, à évolution très lente, provoquent dans un grand nombre de cas, une hypertrophie des tissus conjonctifs, *véritable cirrhose hypertrophique*, avec une néoformation parfois considérable des éléments épithéliaux. Ces processus peuvent édifier de volumineuses tumeurs, lorsqu'ils n'aboutissent pas de bonne heure à une fonte gommeuse.

La mammite chronique partielle, et la mammite chronique totale, selon que l'inflammation porte sur un ou plusieurs segments de la glande ou même sur sa totalité peut avoir pour pathogénie une infection non spécifique; il résulte de faits bien observés que l'agent infectieux le plus souvent rencontré dans la mammite chronique a été le staphylocoque blanc et le streptocoque. Il est un détail important à noter, c'est l'atténuation de la virulence, dans tous ces cas, de l'agent infectieux.

Au point de vue de la pathologie générale, il est très intéressant d'observer qu'il y a de la similitude, des points de rapprochement entre les deux processus de ces infections si différentes pourtant; je veux dire la tuberculose et la syphilis d'une part, la staphylococcie et la streptococcie atténuées d'autre part. L'anatomie pathologique nous révèle en effet que ces deux variétés d'infection peuvent provoquer à peu près la même topographie de lésions anatomiques, à savoir l'hypertrophie scléreuse du tissu conjonctif fondamental et l'hyperplasie du tissu glandulaire ou *parenchyme* proprement dit de l'organe.

Il va sans dire que dans tous les cas il ne s'agit que d'infections atténuées aussi bien pour la syphilis et la tuberculose que pour la streptococcie et la staphylococcie. Car il ne faut pas

confondre avec ce processus lent, qui évolue vers la transformation scléro-kystique ou fibro-adénomateuse, la dégénérescence gommeuse avec ulcérations ou abcès froids de la tuberculose ou de la syphilis, et la fonte purulente de la streptococcie ou de la staphylococcie qui aboutit au plegmon.

En résumé, pour toutes ces infections, si l'agent pathogène est peu virulent le processus inflammatoire, édifiera une tumeur scléro-kystique ou scléro-adénomateuse, tandis que si l'infection est très virulente elle se terminera par une dégénérescence caséeuse avec ulcérations ou par une fonte purulente avec abcès.

Entre ces deux termes extrêmes il existe bien entendu tous les intermédiaires, et l'on peut trouver plusieurs modalités réunies dans la même tumeur.

Comme résultat éloigné de ces divers processus inflammatoires, comme stade ultime de l'évolution anatomique de l'inflammation chronique de la glande mammaire, je comprends dans ma classification en *tumeurs bénignes* ou en *tumeurs inflammatoires*, toutes les autres tumeurs non cancéreuses des auteurs. Parceque je crois qu'elles ont toutes, pour point de départ, une infection soit microbienne, soit parasitaire.

L'anatomie pathologique et la bactériologie ont d'ailleurs toujours confirmé la vérité de cette interprétation.

Le *traitement* des affections inflammatoires de la glande mammaire peut se résumer à trois méthodes principales:

1° Le traitement *prophylactique* qui comprend les soins hygiéniques à donner aux mamelles, surtout pendant la grossesse et l'allaitement.

Tarnier recommande de laver fréquemment les mamelons avec une solution antiseptique (solution chaude de sublimé à 0 gr., 40 pour 1000 deux fois par jour). S'il y a la moindre ulcération, ces lavages doivent être suivis d'un pansement occlusif.

C'est chez les nouvelles accouchées surtout que ces moyens acquièrent toute leur importance. Il ne faut pas oublier que l'infection peut venir de plusieurs sources: des mains, des linges, de la bouche et des yeux de l'enfant. Il faut donc faire

une asepsie rigoureuse (nettoyage des mains, propreté des linges, etc.). Si le nourrisson est atteint d'ophtalmie, on devra, avant de mettre l'enfant au sein, lui laver avec soin les yeux et les recouvrir d'une compresse qui empêchera le pus de couler sur les joues et de là sur le mamelon. Le pansement boriqué humide est préconisé par Pinard, lorsqu'il existe des gerçures.

2° Le *traitement abortif* peut encore juguler l'inflammation, même lorsque les vaisseaux lymphatiques et les canaux galactophores sont envahis. Il faut d'abord mettre le sein au repos absolu, le recouvrir d'un pansement antiseptique, et l'immobiliser avec un bandage ouaté compressif. Si au bout de quarante-huit heures, les douleurs augmentent et la tuméfaction s'accroit, c'est que le pus se collectionne. Il faut alors abandonner la compression et suivre la pratique de Budin. Elle consiste à faire évacuer le pus, deux fois par jour, en comprimant, à l'aide du pouce et de l'index, la glande mammaire, en allant des parties profondes vers le mamelon, on lave ensuite le mamelon à l'eau boriquée et l'on recouvre le sein d'un pansement antiseptique compressif.

3° Le *traitement curatif* est absolument chirurgical. Quand l'abcès est formé, il faut l'ouvrir largement et évacuer le pus. La temporisation n'est plus de mise aujourd'hui que la méthode antiseptique triomphe de l'érysipèle et des complications post-opératoires jadis si redoutables. Il faut ouvrir de bonne heure une porte de sortie au pus, pour éviter toute la série des accidents toujours imputables à l'*antique temporisation.*

La *technique* consiste à faire une bonne incision, à disséquer un ou plusieurs lobes glandulaires, à faire un nettoyage soigné et à suturer ou drainer la plaie suivant les circonstances. Voilà en résumé l'exposé des différentes méthodes de traitement des tumeurs inflammatoires aiguës de la mamelle.

Il va sans dire que, pour les *inflammations chroniques*, le traitement doit être avant tout *chirurgical* sauf peut-être pour la syphilis et la tuberculose où il faut savoir toujours associer le traitement spécifique et le traitement général au traitement chirurgical, suivant les indications.

A propos de la syphilis je mentionnerai brièvement une observation clinique qui offre un certain intérêt. Je vis, un jour, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, une malade qui se présentait avec une récidive de néoplasme du sein; elle avait subi quelques mois auparavant une amputation totale de l'organe pour une assez volumineuse tumeur. La récidive se manifestait par la présence d'une dizaine de petites tumeurs développées le long de la cicatrice, dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané; quelques-unes de ces nodosités étaient ulcérées et avaient une coloration violacée; elles avaient envahi un si large territoire de la peau, qu'il était devenu impossible de tenter une nouvelle intervention chirurgicale. Un traitement d'épreuve fut proposé; pansements humides au bichlorure de mercure à 4% et iodure de potassium à hautes doses à l'intérieur. Un mois après la malade était en bonne voie de guérison. Cette observation démontre d'une façon assez évidente le triomphe du traitement médical, lorsque le traitement chirurgical était réduit à l'impuissance.

La tuberculose mammaire sera traitée chirurgicalement aussi promptement que possible, à cause de sa marche envahissante. Je crois avec P. Delbet, que l'extirpation large au bistouri ou aux ciseaux est la méthode de choix. Dans la forme confluente, il faut dépasser les limites de la tumeur, c'est-à-dire tailler en plein tissu sain et tenter la réunion par première intention, tout comme pour les cancers, après curage de l'aisselle. Le traitement médical anti-tuberculeux doit toujours seconder énergiquement les bons effets du traitement chirurgical.

Si l'on envisage maintenant, au point de vue du traitement, les manifestations tardives de ces diverses affections chroniques de la glande mammaire, c'est-à-dire si on les étudie à un stade plus avancé de leur évolution, j'entends pour les infections atténuées, à processus lent et essentiellement chronique, qui aboutissent toujours à la sclérose hypertrophiante, avec dégénérescence kystique, adénomateuse ou autre, je crois qu'il faut toujours se hâter d'intervenir chirurgicalement.

Il faut opérer aussi largement que possible, attendu que c'est

une opération bénigne qui ne fait courir aucun danger au malade, soit les plus petits néoplasmes (petits nodules scléreux, petits fibro-adénomes, petits kystes de la grosseur d'une noisette), soit les plus volumineuses tumeurs, (galactocèle, lipome, fibro-adénome, fibro-adénome kystique, kyste hydatique, l'actinomycose, etc.), qui peuvent atteindre une dimension colossale.

Ne vaut-il pas mieux, en effet, sacrifier de très bonne heure, une partie de la glande ou même la glande toute entière, lorsqu'elle devient une menace, un danger pour l'avenir; car l'on sait aujourd'hui que les tumeurs les plus bénignes peuvent subir une dégénérescence cancéreuse et infecter toute l'économie. L'opération est simple, facile et à la portée de tout praticien; avec une bonne technique elle n'offre aucune espèce de gravité.

Les *tumeurs malignes* ou les *tumeurs cancéreuses* de la glande mammaire peuvent se diviser en deux groupes principaux: 1° le cancer épithélial ou les *épithéliômes;* 2° le cancer conjonctif ou les *sarcômes.*

Les tumeurs *épithéliales* se développent aux dépens de l'épithélium des culs-de-sac de la glande. Au début il n'existe pour ainsi dire pas de phénomènes bien caractéristiques; les premières perturbations des tissus appartiennent aussi bien aux inflammations qu'aux cancers et se traduisent par la prolifération du tissu épithélial et du tissu conjonctif circon voisin.

Mais ce n'est là qu'un stade éphémère, car le tissu épithélial subit très rapidement de profondes modifications et le processus évolue vers le type *épithéliome.*

Les nouvelles cellules qui se forment incessamment (l'on ne sait pas encore sous qu'elle influence), sur la face interne de la membrane limitante de l'acinus repoussent les cellules adultes dans l'intérieur de la cavité qu'elles dilatent et allongent d'une manière progressive. Les acinis distendus apparaissent comme des nodules séparés et ils forment par leur groupement des ilots épithéliaux plus ou moins volumineux, affectant la forme de tubes ou de lobules.

Le tissu conjonctif semble vouloir protéger l'économie contre cet envahissement épithélial, en s'hypertrophiant, en proli-

férant parfois d'une façon très active, mais l'épithéliome ne redoute rien, il envahit tout, il pousse à travers tout, et ne respecte pas, comme dans l'inflammation, la barrière conjonctive.

Les cellules épithéliales peuvent subir plusieurs modifications et imprimer à la tumeur des caractères particuliers; de même que la réaction du tissu conjonctif peut varier considérablement d'intensité. Les cellules épithéliales sont parfois atteintes de dégénérescence colloide, de dégénérescence granulo-graisseuse et deviennent l'origine de kystes.

Aussi les désignations de : *épithéliome, carcinome, adéno-épithéliome, épithéliome colloide, épithéliome kystique,* ne tiennent qu'à des différences morphologiques; ces phases évolutives ne sont que les modalités diverses d'un même processus.

L'épithéliome se développe excentriquement en envahissant d'abord un lobe, puis deux et enfin la glande toute entière. Les bourgeons épithéliaux s'infiltrent dans les lacunes lymphatiques pour se répandre dans les tissus voisins.

Très rapidement les ganglions sont envahis à distance. Enfin dans un troisième stade le cancer se généralise, le plus souvent en pénétrant dans les vaisseaux sanguins.

L'épithéliome se développe de préférence chez les femmes d'un âge avancé et surtout chez celles qui ont eu des enfants.

D'ordinaire l'épithéliôme débute sans donner lieu à aucun signe subjectif; il n'y a pas de douleur à cette période, et c'est par hasard ou à l'occasion d'un traumatisme parfois léger que les malades découvrent dans leur mamelle une petite tumeur.

Le *sarcôme* prend naissance au milieu des éléments du tissu conjonctif; c'est le cancer conjonctif.

Il existe deux principaux types: le *sarcôme globo-cellulaire* ou à petites cellules, et le *sarcôme fuso-cellulaire* ou à cellules fusiformes; les autres variétés qui sont assez nombreuses se caractérisent surtout par leur morphologie anatomique, mais ils sont de même nature et peuvent toujours être ramenés aux deux premiers types.

Le cancer conjonctif a une marche envahissante plus rapide que l'épithéliome. En effet, dans ce cas, le tissu conjonctif

n'offre presque pas de résistance; ses éléments mêmes se transforment rapidement en cellules cancéreuses. L'épithélium des canaux glandulaires disparait dans bien des cas. Les vaisseaux sanguins, par leur prolifération, leur néoformation concourent à l'édification de la tumeur et à sa généralisation. La généralisation peut se faire aussi très vite par le système lymphatique qui est envahi dès l'éclosion de la néoplasie et les ganglions sont pris de bonne heure, tout comme dans l'inflammation.

Le sarcôme, qui est surtout le cancer des jeunes personnes, se présente cliniquement sous l'aspect d'une tumeur globuleuse, non lobulée comme l'épithéliome; il semble dans la majorité des cas, que l'organe tout entier est envahi d'emblée. La tumeur sarcomateuse peut être douloureuse et offrir plusieurs caractères de l'inflammation; en effet la peau se distend par le fait du développement de la tumeur; elle devient lisse, d'un rouge bleuâtre, mais conserve presque toujours sa mobilité. Il y a des sarcomes, myxo-sarcomes qui peuvent atteindre un volume énorme tout en conservant leur indépendance de la peau et des parties profondes sur lesquelles ils se meuvent facilement.

Le *traitement* des cancers du sein proscrit sans hésitation toutes les méthodes de temporisation, de tergiversation et de traitements locaux qui consistent en vérité à laisser au néoplasme le temps de se généraliser sous le fallacieux prétexte de faire fondre la tumeur.

En présence d'une tumeur cancéreuse du sein, il faut toujours conseiller l'opération et user de toute son influence pour la faire accepter.

Quel procédé opératoire faut-il choisir?

Attendu que dans la plupart des cas, au début, il est impossible de faire un diagnostic sérieux, sans le secours du microscope, l'on pourra s'en tenir à l'énucléation simple de la tumeur seule sans sacrifier l'organe tout entier, en attendant le diagnostic microscopique. Si l'examen histologique révèle la présence d'un cancer, il ne faut pas perdre un temps précieux à temporiser et à attendre des signes de progrès rapides. Il se-

rait alors peut-être trop tard, car la généralisation des cellules cancéreuses se fait souvent avec une rapidité foudroyante et les vaisseaux lymphatiques peuvent être gorgés de cellules cancéreuses avant d'être hypertrophiés et appréciables à la palpation. Il n'y a qu'une chose à faire: C'est de faire sauter largement toute la glande mammaire. Je considère que le procédé de choix est d'enlever avec toute la glande, le plus de peau possible, tout le tissu cellulo-graisseux circon voisin en dépassant largement les limites de la tumeur, de disséquer une bonne portion des muscles sous-jacents, même quand la tumeur n'est pas adhérente.

Faut-il se contenter de l'amputation du sein et s'arrêter là, même quand l'exploration de l'aisselle ne révèle pas d'hypertrophie ganglionnaire? Je suis convaincu que non, et ma courte expérience m'a démontré que *dans tous les cas*, il faut faire un nettoyage soigné de l'aisselle.

Les statistiques nous démontrent d'ailleurs que les récidives se font le plus souvent au niveau des vaisseaux lymphatiques principalement au niveau des ganglions de l'aisselle.

Pourquoi attendre la présence des ganglions hypertrophiés pour explorer le creux axillaire. Ne vaut-il pas mieux dans tous les cas dépasser les limites du mal et rechercher les chances d'obtenir peut-être une guérison radicale? L'espoir d'un tel résultat, quand il s'agit de cancer, doit forcer la main du chirurgien et rendre audacieux. Il ne faut pas craindre de fouiller, jusque dans les interstices musculaires, dans le creux sous-claviculaire, où l'on sera surpris de trouver des amas de ganglions envahis qu'il est impossible de sentir par la simple palpation à travers les téguments et les masses musculaires. Il ne faut pas hésiter non plus à disséquer, en les isolant parfois sur une longue étendue, les vaisseaux de la région axillaire.

Les meilleures statistiques démontrent que les plus beaux résultats sont fournis par les opérations les plus complètes et que, grâce à ces dernières, les récidives locales ont diminué dans la proportion de 26 pour 100.

LA CONSTIPATION, SES CAUSES ET SON TRAITEMENT (1)

Par J.-E. DUBE

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin des Hôpitaux.

Je n'ai pas l'intention de vous entretenir très longuement sur l'étiologie et la pathogénie de la constipation. Je veux m'occuper de la constipation ordinaire, c'est-à-dire la plus fréquente, celle qui est causée par une atonie, une paresse de l'intestin. Je ne parlerai donc pas de la constipation des femmes enceintes ni de celle qui accompagne les grandes dilatations de l'estomac, les rétrécissements cancéreux ou cicatriciel de l'intestin, de la constipation qui accompagne l'entérite muco-membraneuse. Cette constipation par atonie de l'intestin est très fréquente surtout chez les femmes. Je suis tellement habitué de la rencontrer chez elles que je pourrais affirmer, sans chiffres exacts que 90 % en souffrent.

Chez les enfants la constipation est moins fréquente.

Quelles sont les principales causes de ce mauvais fonctionnement de l'intestin ?

Chez le nourrisson il faut presque toujours s'en prendre au mode d'alimentation. Si l'enfant est au sein, de deux choses, l'une : ou il est nourri à tort et à travers, ou il est nourri avec soin et une bonne hygiène. Dans le premier cas c'est une mère qui donne le sein tous les cinq à dix minutes, c'est-à-dire, chaque fois que l'enfant pleure. Les seins trop souvent excités ne donnent plus un lait aussi digestible et le tube digestif de l'enfant ne tarde pas à présenter des irrégularités dans ses fonctions. Lorsque, au contraire, le sein de la mère est donné avec soin et régularité, comment expliquer la constipation que présente parfois le nourrisson. Les auteurs en pédiatrie croient qu'un enfant qui se développe rapidement, qui augmente de poids régulièrement chaque jour, peut présenter un peu de constipation à la suite d'une très grande absorption intestinale, laissant par suite peu de résidu à évacuer par l'intes-

(1) Travail lu à la Société Médicale de Montréal.

tin. Si l'enfant n'augmente de poids que d'une façon ordinaire tout en prenant le sein régulièrement, il faudra accuser la composition du lait maternel. L'analyse prouvera alors que les proportions respectives de la matière grasse, du sucre de lait et de la caséine ne sont pas normales. La caséine est en générale légèrement augmentée ou la matière grasse diminuée.

Après le sevrage, la constipation atteint assez souvent l'enfant qui mange de tout. Une alimentation chargée en viandes et en œufs dans les premières années est suffisante pour produire de l'atonie intestinale. Ces erreurs dans l'alimentation sont capables de produire également de la diarrhée surtout pendant les chaleurs de l'été.

Jusqu'à l'âge de 12 à 15 ans, la constipation même lorsqu'elle a existé dans la première enfance, est assez rare. Inutile, je crois, de vous en donner les raisons. Il suffit en effet de se rappeler que pendant ces années de jeunesse, l'enfant, garçon ou fille, courre, danse, vit au dehors pendant une partie de la journée, en un mot qu'il prend une somme d'exercise considérable et tout à fait suffisante pour assurer un fonctionnement régulier de l'intestin pour peu qu'un mauvais régime alimentaire ne vienne pas en contrecarrer les bons effets. A partir de 12 à 15 ans cet état de chose va disparaître. Le garçon, suivant la position de fortune de ses parents, ira au collège en pension, commencer ses études, ou bien commencera, trop jeune malheureusement, sa vie d'apprenti dans une manufacture quelconque s'il ne va pas s'installer derrière un comptoir d'épicier. etc. Voilà un changement de vie qui n'est pas toujours accompagné des meilleurs effets pour la santé. Mais du collégien, de l'apprenti et de l'employé de commerce, ce sera sûrement ce dernier et le collégien peut-être, qui seront les plus exposés aux ennuis de la constipation. Le petit employé a souvent de longues heures de travail et par conséquent peu de loisirs à consacrer aux exercises physiques. S'il n'a pas été à la garde robe le matin avant son départ de chez lui, il est bien exposé à attendre tard dans la soirée pour satisfaire au besoin qui peut surgir au moment où il est à servir un client. Petit à petit ces irrégularités jointes à une vie sé-

dentaire amèneront une atonie intestinale avec constipation. Le collégien prend suffisamment d'exercises corporels il est vrai, mais il n'est pas assez maître de sa personne.

En effet, si le besoin d'aller à la selle ne se fait pas sentir pendant les fameux "*cinq minutes*" qui suivent le lever ou pendant les moments de récréation, il est exposé à retarder un besoin pressant, soit qu'il ne veuille pas perdre un moment de sa classe, ou bien, ce qui arrive le plus souvent, parceque la permission de sortir lui est refusée. Joignons à cela une alimentation défectueuse comme celle donnée dans la majorité de nos maisons d'éducation et nous aurons des preuves suffisantes pour expliquer la constipation que peut présenter le collégien. L'apprenti menuisier, charpentier, etc., je fais exception pour l'apprenti tailleur et autres métiers qui se trouvent dans les mêmes conditions de vie sédentaire que l'employé de commerce, n'a fait que changer d'exercises. Aussi la constipation par atonie intestinale est chose rare chez lui. L'habitude que prend le collégien et l'employé de magasin pourra leur rester aussi longtemps qu'il négligerons de prendre les mesures que j'indiquerai plus loin dans le traitement de la constipation.

La jeune fille de 12 à 15 ans, suivant la position de fortune des parents, est envoyée au couvent, ou placée en apprentissage chez une couturière, ou dans une manufacture; sinon elle est placée en service dans les familles ou gardée chez elle après quelques années d'école primaire. Suivons cette fillettre au couvent, et là nous verrons, comme pour le collégien, surgir les mêmes raisons qui la pousseront vers la constipation. J'en ajouterai peut-être une autre, c'est que la jeune fille qui entre à la pension est timide, gênée, par conséquent, la crainte et la fausse honte viendront se joindre aux autres causes déjà décrites. Je pourrais, ici, rappeler que toutes nos maisons d'éducation pour garçons ou filles ne sont pas pourvues de système de "Water-Closets" modernes et surtout chauffés. Il est donc évident que pendant les mois d'hiver la pensionnaire de couvent, encore plus que le collégien, hésitera, remettra le plus longtemps possible l'obligation d'aller s'exposer au froid.

Il ne faut donc pas être étonnés de voir nos clientes riches

souffrir de constipation en grande majorité; c'est une suite presque nécessaire de leur séjour aux pensionnats.

Voyons maintenant la petite ouvrière aller à son travail le matin avec son dîner sous le bras. Les tramways en sont remplis avant les 7 heures. Elles vont s'engouffrer dans les grands magasins, les buanderies, les manufactures de cigares, les filatures et autres manufactures, de papier, de chemises, etc. Il suffit de les examiner avec un peu d'attention pour se convaincre que ces filles et fillettes ne vivent pas sûrement dans les meilleures conditions d'hygiène, les figures pâles avec des yeux cernés sont en majorité.

J'ai eu l'occasion de voir et d'examiner plusieurs de ces jeunes filles pendant les quelques mois que j'ai fait le dispensaire de médecine à l'hospice St-Joseph, rue Cathédrale, et toutes m'ont affirmé qu'elles avaient commencé à maigrir, à pâlir et à présenter des irrégularités dans leur menstruation, avec pertes blanches, etc., quelques mois après leur entrée dans une buanderie, dans une usine quelconque. La majorité de ces personnes souffrent de constipation, et je crois qu'il est facile d'expliquer cet état de chose déplorable. Ces ouvrières ou filles de magasin se lèvent à la hâte, prennent un bout de déjeuner et se précipitent à leur ouvrage pour éviter les quelques sous d'amendes dont sont gratifiées les retardataires. Elles ne songent donc pas à aller à la garde robe en se levant ou après leur déjeuner quand bien même elles en éprouveraient le besoin; elles remettent la chose à plus tard. Lorsqu'elles ont commencé leur travail elles résistent également au besoin qui se fait sentir pour ne pas perdre de temps. Ces ouvrières sont, en effet, payées à la pièce pour la plupart, ce qui explique leur ambition au travail. Dans d'autres circonstances ces filles ou femmes ne cèdent qu'avec peine au besoin d'aller à la selle, parceque les " Water-Closets " à leur usage sont contigus à ceux destinés aux ouvriers de la même manufacture. J'ai lu l'an dernier, dans les journaux politiques de cette ville, deux rapports dressés par deux inspectrices nommées par le gouvernement pour surveiller les manufactures qui emploient des filles ou femmes comme ouvrières. Je regrette de ne pas me rappeler

les noms de ces deux personnes que je me fais un plaisir de citer. L'une d'elles a insisté fortement sur les inconvénients qui peuvent surgir du voisinage des " Water-Closets " destinés aux ouvrières et aux ouvriers. Ajoutons à ces inconvénients un régime alimentaire défectueux, assez souvent insuffisant et nous ne serons pas obligés de chercher ailleurs les causes de la constipation chez les ouvrières et les filles en apprentissage. La fille de chambre et la cuisinière sont exposées à la constipation tout comme les mères de famille et les jeunes filles qui, au lieu d'aller dans un magasin ou une manufacture, sont restées à la maison pour y travailler.

Le principal facteur de la constipation chez ces dernières est la négligence jointe à une vie peut-être trop sédentaire. Ces personnes qui pourraient facilement aller à la garde-robe au moindre besoin s'habituent à remettre la chose d'heure en heure, puis de jour en jour, sous prétexte de terminer tel ou tel travail commencé, ou pour éviter de monter ou descendre un escalier. Il faut, cependant, ajouter un autre facteur qui compte pour beaucoup pendant la saison froide. Il y a encore à Montréal un grand nombre de fosses fixes au fond des cours, surtout dans les quartiers populeux; la chose est générale dans les campagnes. Il est facile de comprendre que la jeune fille et la femme hésiteront et tâcheront de retarder le plus longtemps possible le moment ennuyeux où il faudra s'habiller pour aller au froid satisfaire ce besoin qui s'impose!

Je ne fait que passer sans trop insister sur les causes qui m'ont paru les plus propres à amener la constipation chez les personnes qui viennent nous consulter. Je serais très incomplet si je négligeais d'appeler l'attention sur la mauvaise habitude que nous avons de manger trop de viande et pas assez de légumes.

La majorité de nos clients font trois repas de viande par jour et lorsqu'ils ont mangé en même temps un peu de pomme de terre à chaque repas, un peu de choux, ou pois secs, dans le potage du midi, ils sont satisfaits. Par contre, les cornichons, le catsup, les sauces piquantes d'importation anglaise ne font pas défaut sur la table.

Les français et surtout les parisiens ont la réputation de bien manger et ils le méritent. Cependant, si vous entrez dans un bon restaurant parisien, vous serez étonnés de voir la variété de légumes que l'on vous servira.

La comparaison entre les matières fécales du chien et celles de la vache fait comprendre de suite l'influence que peut avoir un régime végétal.

Les personnes souffrant de constipation se sont, en outre, habituées à ne pas boire de liquide, eau, etc. Ils vous disent qu'ils n'ont jamais soif. J'ai même remarqué souvent que ces malades éprouvaient beaucoup de difficultés à reprendre l'habitude de boire entre les repas somme je le prescris toujours dans la constipation. Certaines personnes nerveuses ont des nausées, des crampes d'estomac après avoir bu une gorgée d'eau. Je ne parlerai pas des symptômes de malaises, etc., qu'éprouvent les constipés, du côté de l'estomac, de la tête et ailleurs. Je voudrais terminer en décrivant quelques modes de traitement et surtout ceux qui m'ont paru réussir le mieux.

Je commence par convaincre mes malades que les douleurs, malaises, qu'elles éprouvent, sont causés par leur constipation; puis après les avoir encouragées à se soigner je les préviens que le traitement sera peut-être long et assez ennuyeux. Pour atteindre ce but, il suffit d'examiner minutieusement leur vie antérieure, de leur démontrer que telles ou telles occupations, telles négligences ont, petit à petit, fait perdre la bonne habitude d'aller à la garde-robe tous les jours.

Il est rare de rencontrer une femme qui a souffert de constipation depuis son enfance. Questionnez-la, et vous verrez que cette affection a débuté vers les 15 ans à peu d'années près!

D'un autre côté, vous n'aurez aucune difficulté à convaincre votre cliente qu'il n'y a pas de médicament capable de guérir seul la constipation. Elles le savent aussi bien que nous, parce qu'elles ont essayé, les unes après les autres, toutes les pilules recommandées par des médecins, par le pharmacien, ou annoncées dans les journaux. Je l'ai déjà dit plus haut, rarement elles viennent nous consulter pour leur constipation, c'est plutôt pour des troubles dyspeptiques, ou de la migraine, etc., qu'elles désirent un traitement.

Je leur donne toujours par écrit les recommandations suivantes :

1° Prendre l'habitude de se présenter à la garde-robe tous les jours à la même heure, de préférence le matin après le déjeuner.

2° Boire beaucoup d'eau, froide ou chaude (au goût de la malade), le matin à jeun, entre les repas, et le soir avant de se mettre au lit.

3° Ne prendre que deux repas de viande par jour, et manger le plus de légumes possible : petits pois verts, haricots verts, céleri, oseille, carottes, navets, etc. Les légumes secs tels que les pois, etc., doivent être mangés en purée.

4° Manger beaucoup de fruits crus ou cuits, tels que les pommes, poires, pêches, prunes, pruneaux, etc.

5° Prendre un peu d'exercise au dehors. Je conseille la marche, la byciclette, l'équitation, etc.

6° Prendre le soir au coucher ou le matin au lever, une pilule quelconque, soit Podophyllin, Scammonée, etc., ou bien une eau minérale laxative.

Je prescris de préférence l'huile de ricin, une cuillérée à thé le matin à jeun, en capsules, ou autrement, si le malade peut en prendre sans malaise.

L'habitude de se présenter régulièrement à la garde-robe le matin à la même heure a une influence heureuse sur les intestins, après le déjeuner, surtout à cause du coup de fouet que les aliments ont pu donner au péristaltisme intestinal. Les liquides sont absolument nécessaires pour assurer un bon état de l'intestin. Je les conseille entre les repas parceque les malades ont déjà l'habitude de boire aux repas et qu'il ne serait pas prudent de leur recommander de boire beaucoup plus en mangeant. Deux repas de viande par jour sont suffisants pour tout le monde. Je défends les viandes à digestion difficile telles que boudins, saucisses et autres articles de charcuterie. Je recommande les poissons, les huîtres, en faisant exception pour le homard et peut-être le saumon. Je répète que les légumes ont une influence très marquée sur l'intestin. Nous avons ici au pays les petits pois verts, les haricots verts, la carotte, le navet,

le céleri, l'artichaut et la laitue, etc., qui sont tèrs digestibles. Je ne recommande pas le choux qui se digère assez mal d'habitude. Les fruits ne manquent pas non plus, car nous sommes probablement le pays du monde le plus favorisé à cause de nos importations si faciles. Je n'insiste pas sur les bons effets de la bicyclette et de l'équitation sur les intestins, c'est chose connue de tout le monde. Il est évident que toutes ces prescriptions bien que remplies scrupuleusement par les malades n'auront pas pour effet de les guérir immédiatement. Voilà pourquoi je tolère une pilule ou une eau minérale laxative, afin d'aider un peu, au début, à débarrasser l'intestin régulièrement; un lavement tous les matins aura le même effet. J'ajoute que j'ai quelque préférence pour l'huile de ricin administrée en capsules ou non, le matin à jeun et suivie d'une tasse de tisane chaude. La dose d'huile peut être augmentée ou diminuée suivant l'effet obtenu.

Ces médicaments sont donnés en priant les malades de les mettre de côté petit à petit, soit en diminuant ou en éloignant les doses. Quand je ne puis obtenir de guérison avec les moyens ci-dessus je recommande alors le massage intestinal, l'électricité statique avec étincèles tirées du colon, les bains de siège froids matin et soir. Si les malades veulent bien suivre ce traitement sans se décourager du peu de résultat obtenu après quelques semaines seulement, ils finiront par triompher sûrement de leur maladie.

LA CURE ALIMENTAIRE DU TUBERCULEUX (1)

Par le Dr SAMUEL BERNHEIM

Médecin en chef des Dispensaires anti-tuberculeux de Paris.

On sait que, depuis Brehmer, la cure hygiénodiététique de la tuberculose comporte trois indications primordiales:

1° Mettre le malade au repos;

2° Lui faire respirer un air pur;

3° L'alimenter et le suralimenter.

Cure de repos — cure d'air — cure d'alimentation, tels sont les trois termes de ce qu'on a appelé la " triade thérapeutique " de Brehmer.

Dans les travaux antérieurs, j'ai étudié la cure de repos et la cure d'air. Appliquant la même méthode, c'est-à-dire la méthode clinique, physiologique et pathogénique de la cure d'alimentation — et me plaçant avant tout au point de vue thérapeutique et pratique, — je veux décrire aujourd'hui, avec quelques détails, ce qu'il faut entendre par " *cure alimentaire du tuberculeux* " et livrer aux praticiens ce que mon expérience personnelle m'a appris sur ce sujet.

Les traités classiques — non pas de pathologie, mais même de thérapeutique — sont, en effet, très brefs sur cette question. Les renseignements qu'on y peut lire se réduisent, somme toute, à un aphorisme: " *Le tuberculeux doit s'alimenter. Il faut quand même le faire manger.*"

Cette proposition, très générale, est vraie assurément dans la majorité des cas, mais la clinique et la thérapeutique ne se prêtent guère à des formules aussi générales. Outre que le conseil, le vœu, l'indication urgente, que celle-ci exprime, n'est souvent pas pratiquement réalisable, puisqu'il n'est pas de praticien qui, en matière de tuberculose, ne se soient trouvés aux prises avec une anorexie invincible ou une intolérance absolue. — il est encore permis de se demander si toujours, invariable-

(1) Communication lue au Congrès de Londres.

ment, dans toutes les formes cliniques de la maladie, et dans l'infinie variété d'aspects que ces formes peuvent révéler, il est souhaitable, il est indiqué de suralimenter le tuberculeux.

Il est impossible d'examiner ici en détail tous les cas où la cure alimentaire du tuberculeux doit varier ses moyens d'action, — ni même de déterminer quels sont ces moyens d'action; — mais il serait du moins utile, partant de l'observation clinique, de dire quelle sera la cure alimentaire dans les cas que le praticien est appelé à rencontrer le plus fréquemment; de lui montrer quelles sont les difficultés qu'il pourra recnontrer dans cette cure, et de lui donner le moyen de les surmonter.

* * *

L'état gastrique du tuberculeux. — Tout d'abord, pour poser en principe la nécessité de la cure d'alimentation, il faut être sûr que le malade auquel on se propose de l'appliquer est en état de la supporter.

Autrefois, on se préoccupait assez peu de l'état gastrique du phtisique. On supposait volontiers que la Nature n'accumulait pas les états morbides dans le même organisme, qu'elle ne pouvait suffire à plusieurs maux, — et que, du moment où elle accomplissait son œuvre de destruction dans un organisme, elle devait oublier et épargner les autres.

C'est pourquoi les anciens cliniciens semblent avoir eu une foi inébranlable dans la résistance gastrique de leurs tuberculeux. De là ces prescriptions, dont on a, depuis, montré le danger, — à commencer par l'huile de foie de morue à dose intensive qui, si elle fait parfois merveille, compte cependant à son passif beaucoup de mécomptes, nous oserons dire de méfaits.

Pour employer le langage des physiologistes, c'est surtout en matière de thérapeutique tuberculeuse qu'il importe de faire le départ entre les *ingesta* et les *assimilata*. Le bénéfice de l'alimentation ne se mesure pas à la quantité des *ingesta*, c'est-à-dire des aliments introduits avec plus ou moins de difficultés et de eprsévérance dans le tube digestif. Ce qu'il importe de considérer — et ce qui compte seulement comme effets utiles, — ce sont les *assimilata*, c'est de savoir dans quelle proportion

les aliments ingérés ont été absorbés, puis assimilés, de combien aussi sont les déchets. — Car nous aurons l'occasion de montrer que chez l'individu malade, chez le tuberculeux surtout en proie à l'infection bacillaire, les déchets ne sont pas seulement inutiles, mais nuisibles, et qu'on a, de ce fait, tout avantage à ne pas les accumuler dans le tube digestif.

La cure alimentaire du tuberculeux, telle qu'il faut la comprendre, doit donc concilier dans ses moyens d'action la nécessité d'alimenter le malade et la recommandation que Peter donnait dans une de ses cliniques: " Il faut entourer l'estomac du phtisique de soins précieux." Ce sont les ressources qu'elle peut mettre en œuvre pour atteindre ce but que nous nous proposons de passer en revue.

Mais comme la cure alimentaire fait appel à l'estomac du tuberculeux et à ses fonctions digestives, il serait utile, en commençant, de jeter un coup d'œil sur l'état de ses fonctions, et sur les perturbations les plus fréquentes qu'elles montrent en clinique.

Dans un travail antérieur, j'ai étudié les troubles gastriques de la phtisie. Il suffira de résumer ici ce travail, dans les conclusions qui peuvent servir le sujet actuel.

Il est certain que la fonction gastrique peut être intacte chez le tuberculeux — et rester telle, en apparence, jusqu'à une période très avancée du processus morbide. Cependant, ce cas n'est qu'une heureuse et très rare exception. Le tuberculeux se double, dans l'immense majorité des cas, d'un dyspeptique.

Et, chez lui, ce n'est pas seulement la fonction qui peut être indirectement perturbée, par voie de retentissement morbide, c'est-à-dire par voie réflexe. On a cru longtemps que, vis-à-vis de l'organe, le suc gastrique, qu'il sécrète, jouait un rôle protecteur qu'on a expliqué par l'action antiseptique de la sécrétion. On a reconnu depuis que c'était là une conception exagérée, — que la muqueuse gastrique pouvait, pour son compte, être atteinte de bacillose (1), et qu'au cours d'une tuberculose généralisée, d'une explosion granulique ou même d'une loca-

(1) Des anatomo-pathologistes allemands ont rapporté récemment plusieurs cas d'ulcération tuberculeuse primitive de l'estomac.

lisation pulmonaire, la muqueuse gastrique pouvait être le siège d'ulcérations dont la nature bacillaire était incontestable.

Lésions directes. Troubles de retentissement; tels sont les deux ordres de phénomènes morbides que peut présenter l'estomac du tuberculeux.

D'ailleurs, les troubles gastriques peuvent se montrer à toutes les périodes de la phtisie pulmonaire. Marfan a décrit une dyspepsie prétuberculeuse, antérieure à toute lésion pulmonaire constatable, et à laquelle il a donné le nom de "*syndrôme gastrique initial.*"

Puis, il existe une dyspepsie de la phtisie constituée, la *dyspepsie commune des phtisiques*, qui n'est souvent qu'une continuation de la dyspepsie prétuberculeuse.

Enfin la tuberculose peut se terminer au milieu de troubles gastriques; c'est la *gastrite terminale des phtisiques.*

On conçoit que l'alimentation du tuberculeux ne pourra pas être la même, suivant les symptômes présentés par la dyspepsie du tuberculeux, aux différentes époques où elle est susceptible de se montrer.

L'état gastrique du tuberculeux est, en effet, extrêmement variable: des dyspepsies tuberculeuses, les unes sont hyperacides, les autres hypoacides. Les accidents qu'elles provoquent sont différents; différent doit être le régime alimentaire qui leur est applicable.

Indépendamment, aussi, de l'état gastrique du sujet, à supposer que son estomac soit normal et ses fonctions digestives suffisantes, l'alimentation variera suivant les types morbides présentés par le tuberculeux.

Le tuberculeux amaigri, type le plus fréquent, ne s'alimentera pas comme le tuberculeux anémique ou le phtisique chlorotique.

Ce sont ces modalités cliniques du régime alimentaire qu'il nous paraît intéressant d'étudier.

Commençons par voir quelles sont les ressources alimentaires qu'on peut mettre à la disposition du tuberculeux — et quelle est la valeur nutritive: des aliments ordinaires, de certains aliments artificiels ou d'épargne, des substances alimentaires qu'on recommande le plus chez le tuberculeux.

* * *

L'alimentation azotée chez le tuberculeux. — Ration d'entretien d'albuminoïdes. — Pour passer en revue les principaux aliments qu'on recommande habituellement au tuberculeux, il est utile d'adopter la classification ordinaire des substances alimentaires en Albuminoïdes, Graisses et Hydrates de carbone.

Les aliments qui contiennent de l'albumine sont appelés *aliments azotés*. Ils ont un rôle prépondérant dans l'entretien et la réparation de l'organisme. Liebig, exagérant d'ailleurs leur importance, les considérait comme les seuls suceptibles de s'intégrer aux tissus, d'en devenir partie constituante, — et pour cette raison, il leur avait donné le nom d'*Aliments plastiques*. C'est là, sans doute, comme nous le verrons, un exclusivisme inexact. Mais il n'en est pas moins vrai qu'ils sont indispensables, en ce sens que, — s'ils peuvent, théoriquement du moins, se substituer aux autres aliments, — ils ne peuvent, pour leur compte, être suppléés par aucun autre. La molécule d'albumine est l'élément irréductible de nos tissus.

Quelle est, d'après les physiologistes, la ration d'entretien des albuminoïdes?

On a calculé que l'homme excrétait par jour 15 grammes d'azote pur. Comme l'azote entre pour ⅙ environ dans la composition des albuminoïdes, cette perte d'azote ne pourra être compensée que par une quantité d'albuminoïdes 6 fois supérieure, soit 100 grammes d'albuminoïdes, ou 500 grammes de viande.

* * *

La valeur alimentaire de la viande. — La viande est, en effet, l'une des substances alimentaires les plus riches en azote. C'est, pour le tuberculeux, qui peut la supporter, la substance albuminoïde de choix.

Les matières azotées de la viande comprennent des albuminoïdes (fibrine, musculine, sérine, hémoglobine); — des substances gélatineuses susceptibles de se transformer en gélatine par la cuisson; — enfin, une série de substances qui sont déjà oxydées, produits de désassimilation qui n'ont aucune valeur nutritive et peuvent même être toxiques.

Au point de vue de la valeur alimentaire des différentes viandes, il faut tenir compte non seulement de leur richesse en principes azotés, mais surtout de la facilité d'assimilation de ces principes. Landes et Gilbert ont établi que, de toutes les viandes, la plus économique, abstraction faite du prix de vente, est la viande de porc, dont l'homme utilise les 9 dixièmes de graisse et les 8 dixièmes d'albuminoïdes.

Est-ce à dire que c'est elle que le clinicien doit préférer chez le tuberculeux?

Ce serait une erreur de vouloir appliquer quand même à ce qu'on pourrait appeler la thérapeutique culinaire du tuberculeux les conclusions purement théoriques de la physiologie.

Or, si la chimie biologique démontre que le porc constitue une viande essentiellement riche en principes azotés et particulièrement nutritive, la clinique et l'expérience quotidienne démontrent que cette même viande est, en général, fort mal supportée du phtisique.

D'abord, il la mange généralement avec peu d'empressement. son appétit, déjà diminué, capricieux, et qui aurait besoin d'être stimulé par des cuisines appétissantes, se refuse à trouver quelque plaisir à la viande de porc.

Il y a peut-être là autre chose qu'une raison de préférence, qu'un caprice de malade, et qu'une répugnance simplement gustative. En effet, la viande de porc est très difficilement digérée, — non seulement quand on l'assaisonne de légumes et condiments qui, pour ajouter à sa saveur, ajoutent surtout à son indigestibilité, — mais même quand on la prépare "nature."

Elle procure souvent au malade de l'intolérance, des nausées, parfois même des vomissements. La digestion en est très longue, témoin les renvois et éructations que les malades éprouvent après son ingestion.

Et il faut surtout chercher dans la grande proportion de graisses qu'elle renferme la raison de l'indigestibilité relative de cette viande.

Le gros inconvénient des aliments gras, même lorsque l'aliment contient cette graisse sous une forme animale, comme

l'huile de foie de morue, et non végétale, les graisses végétales étant toutes indigestes, — c'est la difficulté qu'on éprouve à les faire accepter des estomacs susceptibles.

La raison en est facile à comprendre: la graisse ne trouve dans l'estomac aucun principe, aucune action fermentative ou chimique, capable d'en commencer, d'en " amorcer " la digestion. La graisse traverse l'estomac sans subir de modifications, et ce n'est qu'au contact de la bile et du suc pancréatique qu'elle est émultionnée, qu'elle peut être absorbée par la muqueuse intestinale, drainée par les chylifères, et finalement assimilée.

La difficulté est précisément qu'elle parvienne jusqu'à l'intestin et qu'elle ne soit pas rejetée en route par un estomac susceptible que le simple contact de la graisse excite à produire le réflexe du vomissement.

On peut en dire autant, au moins en ce qui concerne le goût du malade, de la viande de cheval.

Les analyses des chimistes, de Lehmann, Schlossberger, Petersen, Hobschott, etc., entre autres, ont eu beau démontrer que le cheval est une viande extrêmement nutritive, pouvant contenir jusqu'à 24 % d'albuminoïdes, la cure alimentaire hippophagique n'a pas rencontré beaucoup d'adeptes. A tort, peut-être. Il est des familles pauvres qui, à coup sûr, doivent consommer, dans le peu de viande qu'elles s'octroyent, plus de vache et de cheval, peut-être même d'âne et de mulet, que de bœuf et de veau, — sans, pour cela, que leur goût manifeste la moindre répugnance. Mais autre chose est de la consommer sans le savoir et par surprise, — autre chose de la prendre sciemment, parce que le médecin la prescrit. Je crains qu'à recommander à nos tuberculeux la viande de cheval, on ne soit guère suivi.

Les viandes de mouton et de bœuf sont, en somme, les plus recommandables. Elles contiennent une moyenne de 18 à 22 % de principes albuminoïdes, sont facilement ingérées et digérées du malade, et très communément répandues. Ce sont donc elles qu'on prescrira de préférence aux tuberculeux. Car c'est pour elles que la prescription médicale sera le plus facilement écoutée.

Mais comment donner la viande au tuberculeux?

" La viande, dit Pégurier, doit, autant que possible, être consommée en nature, c'est-à-dire sans avoir subi une série de manipulations qui, pour la rendre peut-être plus digestible, lui enlèvent la majeure partie de ses qualités nutritives."

" On ne proscrira pas cependant, dit Chuquet, les sauces aromatiques et pimentées, le poivre, la moutarde et les condiments, qui aident à faire supporter la viande..."

Je ne puis guère souscrire à cette remarque. Si, une fois, deux fois peut-être, des condiments ou des épices arriveront à faire accepter du malade un plat de viande en trompant son goût et en lui donnant le change sur son appétit, — ce bénéfice ne sera jamais que de très courte durée; — et, deux jours après, c'est de l'épice que le malade sera las, et c'est elle qu'il faudra s'ingénier à varier pour faire, encore une fois, " passer " la viande. — Et puis, si l'on arrive à lui faire prendre cette viande ainsi rehaussée de sauces excitantes ou d'épices apéritives, ne sera-ce pas au détriment de son pouvoir digestible?

Ce qui prouve une fois de plus qu'il ne suffit pas que le goût du malade soit trompé sur ses préférences, pour que son estomac accepte ce qu'un caprice de langue, un " truquage " de cuisine aura réussi à lui faire prendre.

Gardons-nous donc, au contraire, chez tous les dyspeptiques, en général, chez tous les anorexiques, et surtout chez les tuberculeux, de ces moyens factices qui ne les trompent pas longtemps et qui ne réussissent jamais à donner le change à l'estomac sur ce qu'il est capable, ou non, de digérer.

Les viandes qu'on aura chance de faire accepter le plus facilement sont donc les viandes de bœuf, de veau et aussi de mouton.

La viande de bœuf est celle qu'on doit préférer, car c'est elle qui présente les meilleures proportions de principes azotés, de gélatine et de graisse: en moyenne 200 d'albumine (substance azotée), 230 de graisse, 20 de gélatine et 550 d'eau pour 1000 de chair musculaire. Elle constitue l'aliment le plus digestif et le plus assimilable.

* * *

Faut-il préférer la viande crue ou la viande cuite? — Mais sous quelle forme la donner?

Il va de soi que, conformément à nos habitudes de civilisation, d'éducation culinaire, qui ont déterminé aujourd'hui nos préférences gustatives, le malade préférera toujours la viande cuite à la viande crue. Et, chose bizarre, il demandera qu'on la fasse bien cuire. La viande, même saignante, répugne à son goût.

C'est là un instinct très malheureux, car les travaux les plus récents sur l'alimentation du tuberculeux et la cure alimentaire de la phtisie ont démontré de façon irréfutable la supériorité de la viande saignante sur la viande dite " bien cuite " — et la supériorité de la viande nature, de la viande crue sur les deux autres.

Nous faisons allusion ici aux recherches expérimentales de MM. Richet et Héricourt, et au traitement par eux préconisé de la tuberculose par la viande crue, par la pulpe de viande.

Dans leurs conclusions, ces expérimentateurs estiment que des chiens, rendus expérimentalement tuberculeux, périssent, en moyenne, vers le quarantième jour s'ils ne sont pas traités par la viande crue, — alors que la moyenne générale de survie pour les chiens nourris exclusivement à la viande crue serait de 240 jours.

L'alimentation carnée augmente donc, dans une proportion considérable, le coefficient de résistance de l'organisme à l'invasion et à la généralisation bacillaire.

Cliniquement, de nombreux auteurs ont déjà, avant les recherches expérimentales d'Hericourt et Richet, fait des constatations semblables.

C'est, en effet, nourrir le malade sous un petit volume, c'est une alimentation réparatrice aux tuberculeux, — et c'est, enfin, supprimer la suralimentation dont la pratique ne saurait convenir à tous les estomacs.

Le fait n'est donc pas niable. Cliniquement, expérimentalement, la viande crue augmente la résistance de l'organisme à l'invasion bacillaire.

Les divergences commencent avec la façon de l'interpréter. Les uns y voyant surtout une façon détournée de faire de la suralimentation ; — ce qui n'est pas, évidemment, si l'on mesure la suralimentation à la surabondance des ingesta, et si l'on ne tient compte que du volume des aliments ingérés. C'est plutôt d'une alimentation " économique " qu'il s'agit — et, par économique, nous entendons une alimentation qui arrive au maximum d'effets utiles, efficaces pour la restauration du malade, — compatibles avec le minimum de fatigues digestives et de travail gastrique.

Mais, encore une fois, d'où vient ce meilleur rendement ? — Il est souvent nécessaire, dans les questions de mécanique pure, de faire appel au dynamisme — et d'expliquer par une meilleure utilisation de la force, des résultats que le seul mécanisme ne pourrait expliquer.

Ce sont des considérations de cet ordre — en dépit de leur caractère sans doute un peu mystérieux — qui sont capables d'expliquer le mode d'action de la viande crue, et de certains aliments d'épargne que nous aurons à étudier.

La viande crue a pour effet d'augmenter la dynamisme des tissus, peut-être, — et l'hypothèse est des plus vraisemblables, — parce que la viande crue contient une série de principes toxiques, d'alcaloïdes animaux, de ptomaïnes, albumines et substances extractives analogues aux bases xanthiques, qui possèdent — sans doute vis-à-vis du bacille, vis-à-vis plutôt de ses toxines, — une action antitoxique ou tout au moins antidotique.

La viande cuite ne posséderait pas les mêmes propriétés, et c'est pourquoi elle n'a pas donné, cliniquement ni expérimentalement, des résultats aussi favorables.

La conclusion pratique à tirer de ces considérations, c'est qu'on mettra le phtisique au régime de la viande crue, — et que, pour l'y habituer peu à peu, on commencera par lui donner de la viande peu cuite, saignante, déjà bien supérieure à la viande cuite.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES BRONCHITES

Par H. HERVIEUX
Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie à l'Université Laval,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

I. Bronchites aiguës.

Voici l'automne venu et avec lui les variations subites de température, le froid, l'humidité; conditions éminemment favorables aux affections aiguës des voies respiratoires, saison des rhumes.

L'on entend souvent dire et même certains médecins (les anti-microbiens) croient avoir porté un coup fatal à la théorie microbienne en disant que si c'est le microbe qui est cause de la bronchite le froid n'a rien à y voir.

La question n'est pas si simple que cela et la pathogénie de cette affection en est plus complexe. L'arbre bronchique renferme même à l'état de santé un grand nombre de micro organismes; en première ligne, les microbes pyogènes, streptocoques et staphylocoques, et d'autre part le pneumocoque, le pneumo-bacille de Friedlander. Il y a encore dans les bronches de nombreux saprophytes et des bactéries chromogènes.

Ces micro-organismes sont impuissants à produire la maladie dans l'état de santé ordinaire, mais survienne une cause qui exalte la virulence de ces germes ou qui diminue la force de résistance de notre organisme et voilà l'inflammation constituée.

Une des causes qui peut éveiller la virulence des germes en même temps que créer un milieu de moindre résistance dans les bronches, c'est le froid et plus particulièrement le froid humide; d'autre part les maladies infectieuses peuvent aussi remplir le même rôle.

Je suis entré en matière par cette digression sur la pathogénie des rhumes pour bien faire comprendre l'importance des mesures de protection contre le froid afin d'éviter les rhumes.

Nous étudierons d'abord les mesures de prophylaxie, puis nous verrons ensuite le traitement proprement dit des bronchites aiguës.

Prophylaxie. — La bronchite est une infection des bronches qui peut être déterminée par l'exposition prolongée au froid humide, ou encore par les refroidissements subits, v. g. le passage d'un endroit convenablement chauffé à une place froide et humide.

Il suffira donc la plupart du temps d'éviter les refroidissements et d'échapper aux variations subites de température pour ne pas prendre le rhume.

Si à ces soins l'on ajoute l'antisepsie des fosses nasales et de la gorge, l'on sera dans les meilleures conditions pour résister à l'infection des bronches, aux rhumes.

Traitement. — Les bronchites aiguës sont plus ou moins sérieuses selon leur étendue et selon aussi les parties des bronches intéressées.

La trachéo-bronchite, qui n'intéresse que la trachée et les bronches de bifurcation, donne au début une expectoration nulle et plus tard des crachats muco-purulents, verdâtres, épais et finalement des crachats étirés et noueux provenant des glandes.

La bronchite intéressant les grosses bronches et leurs premières divisions intra-pulmonaires fournit une expectoration abondante, aérée, spumeuse. C'est la bronchite simple, légère qui se traduit par des râles sibilants et ronflants.

Dans la bronchite diffuse, profonde, les crachats sont constitués par un mucus adhérent, transparent, strié de bulles. Ces matières expectorées collent au crachoir.

Un degré plus avancé, l'expectoration serait striée de sang, la bronchite serait capillaire avec râles sous-crépitants fins.

La trachéo-bronchite, rhume vulgaire, est souvent très négligée. L'on ne se donne pas la peine de traiter un rhume, cependant chez les malades surmenés, âgés, ou atteints d'une affection chronique, la trachéo-bronchite peut dégénérer en bronchite grave ou même en broncho-pneumonie.

Le traitement de cette affection est constitué par le repos au lit, les boissons chaudes et l'opium.

L'on peut encore appliquer au début les émollients pour amener une sécrétion plus hâtive. Une des meilleures manières de pratiquer la médication émolliente c'est de faire inhaler des vapeurs simples d'eau chaude pendant 5 à 10 minutes plusieurs fois dans la journée.

Dans la trachéo-bronchite la toux est quinteuse, pénible et accompagnée de douleurs rétro-sternales. Pour la calmer l'on aura recours à l'opium ou à l'un de ses alcaloïdes : codéine ou morphine. L'on donnera de préférence la codéine sous forme de sirop, ou encore en pilules ou cachets, à doses suffisantes pour modifier le caractère de la toux.

Un excellent moyen de calmer la toux quinteuse de la trachéo-bronchite consiste dans les inhalations de vapeurs d'eau chaude additionnée de teinture de benjoin (une cuillérée à thé par verre d'eau).

On peut encore procurer un soulagement en faisant gargariser fréquemment avec de l'eau boriquée additionnée de teinture d'eucalyptus. L'angine est très fréquente au cours de la trachéo-bronchite et les picotements ressentis dans la gorge sont une cause de toux.

A la période de déclin, quand apparaissent les crachats muco-purulents l'on peut prescrire le sirop de Tolu, la terpine à la dose de 5 à 10 grains, le soufre lavé (une cuillérée à thé par tasse de lait chaud). Le soufre dans l'intestin laisse dégager un peu d'acide sulphydrique qui exerce une action modificatrice sur les cellules pulmonaires à l'élimination.

Nous n'insisterons pas trop sur le traitement de la trachéo-bronchite, qui du reste est le même que celui de la bronchite simple à la première période.

La bronchite simple est caractérisée à la première période par de la toux quinteuse et sèche, un sentiment de douleur et d'oppression au niveau du thorax. Avec cela un peu de fièvre et quelques symptômes généraux. La muqueuse à cette période est congestionnée, tuméfiée mais ne secrète pas.

Pour combattre la fièvre l'on donnera la quinine associée à l'antipyrine contre la courbature. Pour calmer la toux l'on s'adressera à l'opium: morphine ou codéine. En outre, l'on combattra la congestion par des révulsifs et l'on cherchera à faire naître l'expectoration par les émollients à l'extérieur et les nauséeux à l'intérieur.

Les révulsifs ont de tout temps été employés au début de la bronchite. La teinture d'iode sera prescrite en frictions, (faire recouvrir la poitrine d'une ouate à la suite de cette application ou de cataplasmes sinapisés). L'on peut encore se servir d'un liniment irritant pour faire de la contre irritation.

℞

Liniment ammoniacal camphré	**2 onces.**
Essence de térébentine	**1½ once.**

En friction sur la poitrine.

L'emplâtre de thapsia a l'inconvénient de causer une éruption pustuleuse qui peut se généraliser par anto-inoculation. A la suite des contre-irritants, l'emploi des émollients est indiqué. L'on fera appliquer dès cataplasmes chauds de farine de graine de lin le jour, renouvelés à toutes les 2 heures, et une compresse imprégnée d'huile chaude, recouverte de plusieurs rangs de ouate pour la nuit.

A l'intérieur pour combattre la fièvre et les combatures nous avons dit quinine et antipyrine, en cachets contenant 2 à 5 grains de quinine pour 5 à 10 grains d'antipyrine à répéter à toutes les 5 heures.

Le meilleur moyen de calmer la toux c'est d'administrer la morphine sous forme pilulaire, encore mieux le sirop de morphine ou la codéine, poudre ou sirop. Les doses devront être suffisantes pour diminuer appréciablement les accès de toux.

Aux vieillards qui ne pourraient pas prendre l'opium, l'on aurait recours dans le même but, à la jusquiame ou à l'aconit sous forme de teinture, 15 à 30 gouttes de teinture de jusquiame ou 2 à 5 gouttes de teinture de racine d'aconit dans une potion pectorale.

Il faut de plus favoriser la sécrétion des muqueuses bronchiques et par là provoquer l'expectoration. L'on obtiendra ce ré-

sultat par les nauséeux. L'ipéca aux faibles et l'émétique aux robustes, à doses nauséeuses ou expectorantes.

Dès qu'apparaît l'expectoration la deuxième période de la bronchite est arrivée et le traitement variera un peu.

Dans la seconde période, l'expectoration sera peu abondante, visqueuse, difficile ; ou bien elle sera facile et abondante.

Dans le premier cas il y a lieu de liquéfier et l'on obtiendra ce résultat au moyen des alcalins qui à l'élimination en venant en contact avec le mucus sécrété rendent ces sécrétions plus fluides et partant plus faciles à expectorer. L'on aura recours aux ammoniacaux (carbonate et muriate), au Benzoate de Soude, etc.

L'expectoration est-elle facile et abondante, la térébenthine et ses dérivés terpine, térébène, terpinol sont particulièrement indiqués associés ou non à la codéine.

Enfin l'expectoration est sur le retour, la bronchite passe à la troisième période et c'est le temps de tarir les sécrétions bronchiques et d'aider à la cicatrisation des muqueuses en administrant les balsamiques qui diminueront les matières sécrétées et feront l'antisepsie des surfaces des muqueuses bronchiques.

Les médicaments le plus généralement employés dans ce but sont la terpine, le sirop de térébenthine, la créosote, l'eau de goudron, etc.

Les vieillards qui ont de la bronchorrhée se trouveront bien de ces balsamiques, et si l'expectoration est par trop abondante l'on pourra la diminuer au moyen de petites doses de Belladone.

La convalescence sera raccourcie par l'administration de toniques généraux, huile de foie de morue, etc.

ACTUALITES MEDICALES

LA TUBERCULOSE AU CONGRÈS DE LONDRES [1]

(*Suite et fin*)

Nous terminerons aujourd'hui l'exposé synthétique des travaux les plus importants qui ont été présentés au congrès de Londres.

I. La tuberculine.

Après la communication de Koch sur la tuberculose des bovidés et la tuberculose humaine, la question de la *tuberculine* était naturellement de première importance.

1 (*a*) M. Héron donne les raisons de la défaveur qui a suivi de près l'enthousiasme des premiers instants en 1890; il les résume dans quatre chefs:

1° Elle a été employée dans les mauvais cas; 2° elle a été donnée à trop fortes doses; 3° on a négligé de refaire une nouvelle injection avant que la température ne fut revenue à la normale; 4° on augmentait la dose au lieu de la diminuer.

L'auteur a traité plusieurs cas de lupus et de tuberculose pulmonaire. Il ressort de sa statistique que l'ancienne tuberculine a donné des résultats moins bons, il y a eu des récidives, tandis que la nouvelle a donné des résultats plus satisfaisants: sur 10 malades traités, 2 sont morts après trois ans, 3 gagnaient leur vie, 3 étaient perdus de vue, 1 avait une rechute; le lupus de la face a reçu 63 injections de 1-500 milligrammes à 4 milligrammes chacune et il était guéri après 14 mois. C'est ce qu'on appelle la tuberculose T. R. Le rapporteur prétend qu'il faut l'employer *au début* et la considère, dans un avenir prochain, comme le spécifique de la tuberculose.

Après discussion on semble d'accord sur sa valeur réelle au point de vue du diagnostic.

(1) Voir *Union Médicale*, septembre 1901.

(*b*) *La valeur thérapeutique de la tuberculine* est exposée par M. Denys de Louvain. Il emploie un bouillon ordinaire de bacille âgé de plusieurs mois et purifié de tout organisme vivant, par filtration sur la porcelaine. Il obtient ainsi un liquide contenant les produits de secrétion du microbe qu'il emploie sans évaporation, sans concentration, sans chauffage préalables. Après des expériences contrôlées chez le chien et la chèvre, qu'il serait trop long de rapporter ici, l'auteur dit que le traitement consiste à inoculer la tubercudine sous la peau à dose croissante, d'après les règles suivantes :

1° Il est nécessaire de commencer par des doses très petites 0,0001 à 0,001 gr.

2° On évitera de produire des réactions générales ou locales prononcées, par exemple une ascension thermique dépassant un dégré.

3° On répétera la même dose aussi longtemps qu'elle produit une réaction, quelque soit sa nature.

4° Si la tolérance ne s'établit pas pour une dose donnée après 2 ou 3 injections, on diminuera la dose.

5° On fera de même si, dans le cours du traitement, il se manifeste de l'intolérance. Ce phénomène se présente quelquefois au début du traitement.

6° On ne procédera jamais à une nouvelle injection pendant la réaction produite par l'injection précédente. Bien plus, on ne fera de nouvelle injection que 2 ou 3 jours après la fin de la réaction produite par la précédente. Après chaque réaction, il faut donc observer un repos de 2 ou 3 jours. Telles sont les règles appliquées par l'auteur à la tuberculose pulmonaire *du début* qu'il dit guérir ainsi le plus souvent — 32 sur 41 cas — après une durée variant de 2 à 9 mois.

La tuberculine serait moins puissante au 2e degré, et impuissante au 3e degré. Elle agirait favorablement sur les pleurésies, péritonites, caries, arthrites, lupus, de nature tuberculeuse. Les malades ainsi traités sont soumis au repos au lit aussi longtemps qu'il y a fièvre.

II. La tuberculose et la consommation du lait et de la viande. — Mesures législatives.

Tous les médecins qui ont discuté sur ce sujet se sont prononcés contre les idées de Koch, à savoir que l'homme ne pouvait pas contracter la tuberculose des animaux car les deux sont de nature absolument opposée. Les membres de cette section ont voté à l'unanimité les quatre résolutions suivantes:

1° Il est nécessaire d'avoir l'inspection périodique des troupeaux;

2° Il est sage d'abattre les vaches atteintes de mammites tuberculeuses;

3° Il est sage d'établir une législation de contrôle pour tout le pays;

4° Il ne faut pas abandonner, malgré l'assertion de Koch, les mesures en usage pour sauvegarder la consommation du lait. Les mêmes conclusions peuvent s'appliquer au chapitre de la tuberculose et la consommation de la viande. Tous les membres de cette section sont unanimes sur le point d'infection.

M. King, inspecteur à Londres, donne une statistique où les pertes annuelles subies par abattage s'élèvent pour les vaches et les veaux à environ 2 millions de dollars!...

Ceci nous conduit à l'étude des mesures législatives qui ont été suggérées à ce sujet.

(a) *Lutter efficacement contre la tuberculose dévastatrice des étables:*

1° En séparant les animaux sains des animaux malades;

2° En sacrifiant sans tarder les animaux qui présentent des signes cliniques de tuberculose et principalement les vaches qui ont de la mammite;

3° En interdisant la vente des animaux tuberculeux pour une autre destination que l'abattoir;

4° En pasteurisant le beurre et les fromages.

(b) *Diminuer les risques de contagion pour l'homme:*

1° La ressemblance des deux tuberculoses est frappante; des bergers sains ont été contaminés par des animaux malades; la réciproque est donc possible au moins théoriquement;

2° La viande des animaux tuberculeux est rarement dangereuse, les inspections sont suffisantes;

3° Le lait d'une vache tuberculeuse est rarement dangereux; mais quand il l'est, c'est à un haut degré, d'où la nécessité d'inspecter souvent les étables productrices du lait pour la consommation. Les vaches atteintes de mammite doivent surtout retenir l'attention du vétérinaire, on doit les isoler et leur lait doit être bouilli à part pour être vendu ou consommé dans l'étable;

4° Ces considérations seraient éminemment pratiques par l'application des règlements suggérés et exigibles des laitiers. Nous les rapportons textuellement.

MESURES PROPHYLACTIQUES.—1° Aviser les individus qui séjournent trop longtemps et couchent dans des étables ainsi contaminées du réel danger auquel ils s'exposent.

2° Inviter les maires, dans les communes desquelles se trouvent des vaches entretenues en stabulation permanente, à faire appliquer la tuberculine dans les vacheries plus ou moins suspectes.

3° Leur conseiller, comme moyen pratique, de prendre un arrêté invitant les laitiers à soumettre toutes leurs vaches à l'épreuve révélatrice de la tuberculine et comportant les clauses suivantes :

***a*) Déclaration du laitier au commissaire de police de son arrondissement, qu'il soumet ses vaches à l'épreuve de la tuberculine et qu'il confie l'opération à M. X..., son vétérinaire, en indiquant le jour de l'opération. Cette déclaration sera immédiatement transmise à la mairie.**

***b*) Le vétérinaire municipal serait chargé de se mettre en rapport avec le vétérinaire praticien et de se rendre compte de l'opération.**

***c*) Ces deux vétérinaires dresseraient un procès-verbal à M. le Maire indiquant les résultats de l'opération.**

***d*) Si le procès-verbal porte que toutes les vaches n'ont pas réagi à la tuberculine, c'est-à-dire sont indemnes à la tuberculose, M. le Maire délivrera un certificat sanitaire.**

***e*) Si, par contre, une ou plusieurs vaches ont réagi à la tuberculose et sont, par conséquent, reconnues tuberculeuses, le laitier pourra recevoir le certificat sanitaire, à condition que dans les quinze jours qui suivent l'injection de la tuberculine, il s'engage à conduire ses vaches à l'abattoir.**

f) Un registre tenu par MM. les commissaires de police indiquera le nom des laitiers qui ont soumis leurs vaches à l'épreuve de la tuberculine et la date de la délivrance du certificat, avec mission de reprendre le certificat, si au bout d'une année le propriétaire n'a pas fait renouveler l'épreuve de la tuberculine.

g) Les laitiers pourvus d'un certificat sanitaire pourront s'en prévaloir par voie de réclame sur leurs magasins, voitures, bidons. Seuls ils pourront fournir le lait aux administrations publiques (Hôpitaux, Hospices, Lycées, Orhpelinats). Cette dernière clause existe dans le cahier des charges des Hôpitaux de Marseille.

Telles sont les principales mesures prophylactiques qui permettraient d'obtenir la suppression du lait tuberculeux et la disparition de la tuberculose dans nos vacheries.

III. Sanatoriums.

L'importante question des sanatoriums a été ouverte par le professeur Clifford Allbutt de l'Université de Cambridge. La question est beaucoup trop vaste pour trouver place ici dans son entier. Il importe de constater que les médecins du monde entier en reconnaissent l'importance par les guérisons qui s'y opèrent et le bien-être qu'ils procurent aux tuberculeux indigents dans les pays où ils existent.

Le docteur Kuss, médecin en chef du sanatorium d'Angicourt, en France, a fait une communication importante *sur les sanatoriums populaires de répartition.* Nous en donnerons les conclusions:

1° En raison de la diversité des formes de tuberculoses justifiables du sanatorium populaire, on est amené tout naturellement à *catégoriser les malades.*

2° Pour arriver avec le minimum de dépenses au maximum de résultats, on doit réserver à chacune de ces catégories une *formation hospitalière différente;* aux malades fragiles et délicats convient un vrai sanatorium avec surveillance médicale continue; aux tuberculeux résistants et apyrétiques à lésions sclérosantes torpides, le sanatorium de fortune, fonctionnant très économiquement, avec surveillance médicale intermittente; aux suspects et aux convalescents, une maison de convalescence à la campagne.

3° La répartition méthodique et rationnelle des malades doit être décidée dans un sanatorium bien installé, situé à proximité de la ville; ce sanatorium recevant le lot des malades présumés curables envoyés de la ville, le passerait au crible pour ainsi dire; il arrêterait au passage les sujets pour lesquels la cure ne se montrerait pas profitable, et il repartirait les autres dans les établissements dont les ressources seraient adoptées à leur forme de maladie.

IV. Influence comparée des climats et de la résistance individuelle dans la tuberculose expérimentale.

MM. Lannelongue, Achard et Gaillard ont fait une communication intéressante sur ce sujet. Ils ont inoculé des lots de cobayes qu'ils ont distribués en différents endroits, laboratoire, mer, campagne, montagnes. Or, la marche de la maladie n'a été nullement influencée par les milieux différents. Les lésions les plus disparates se sont développées chez des animaux infectés de même et placés dans les mêmes conditions de milieu et de nourriture. Les auteurs en ont conclu que le terrain joue le premier rôle. En comparant les résultats de leurs expériences avec ce qui arrive en pathologie humaine, ils ont pu croire que, chez l'homme, c'est le terrain qui détermine la modalité des lésions et qui régit la marche générale de l'infection.

M. Auffret, de Brest, a observé que les brusques variations atmosphériques sont funestes aux pulmonaires et précipitent la fin de leur maladie.

V. La cure d'altitude.

M. Stéphani donne ses statistiques sur la cure d'altitude, il dit que les formes apyrétiques sont plus favorables que les formes fébriles. Je donne les conclusions.

1° La cure d'altitude est indiquée dans toutes les formes de la tuberculose.

2° Elle donne en bloc: 12 p. c. de guérison complète; 50 p. c. d'amélioration; 20 p. c. d'insuccès.

3° Les chances de guérison sont d'autant plus nombreuses qu'il s'agit d'une tuberculose au début, d'une forme pleurale ou sèche, apyrétique, exempte de complication et d'hérédité.

4° Les seules contre-indications avérées de l'altitude sont avec les formes asthmatiques, les tuberculoses congestives accompagnées de troubles cardiaques.

VI. Séro-diagnostic de la tuberculose.

Depuis longtemps MM. Arloing et Courmont ont publié des travaux importants sur la séro-réaction tuberculeuse; c'est le pendant de la séro-réaction dans la fièvre typhoïde.

Les auteurs emploient des cultures homogènes en bouillon glycériné du bacille de la tuberculose pour rechercher le pouvoir agglutinant des humeurs et principalement du sérum des animaux ou des hommes tuberculeux. Même technique, même inocuité que la séro-réaction typhoïdique. La seule difficulté est d'obtenir des cultures propres au séro-diagnostic.

Ces auteurs donnent les conclusions suivantes après des recherches nombreuses sur les cas les plus variés de tuberculose humaine:

— Une séro-réaction positive, chez un sujet suspect, sera un signe de grande valeur pour établir l'existence d'une tuberculose viscérale;

— Une séro-réaction négative, chez un sujet soupçonné de tuberculose devra contribuer à faire éliminer cette affection.

C'est donc un moyen précieux pour poser un *diagnostic précoce* chez des sujets suspects.

Ils conseillent les mesures suivantes:

1° Emploi constant d'un séro-étalon à pouvoir agglutinant connu d'avance; 2° emploi de cultures formolées; 3° ne tenir compte que des séro-réactions franchement positives avec agglutination macroscopique et clarification très nettes.

Les mêmes observations ont été faites pour les tuberculoses dites chirurgicales. La séro-réaction a été positive dans 75 p. c. des cas.

VII. Séro-diagnostic et cyto-diagnostic.

L'agglutination du bacille de la tuberculose a permis à M. Vidal et Ravaut de vérifier les résultats de leurs travaux sur le cyto-diagnostic ou diagnostic de la tuberculose par les cellules. (1) Les résultats aboutissent aux mêmes conclusions. Ces procédés ingénieux méritaient une mention spéciale.

VIII. Rayons X et tuberculose pulmonaire.

M. Bonnet donne les conclusions de son travail basées sur 600 observations. Les diagnostics ont été confirmés dans 98 p. c. des cas. C'est une méthode sûre, rapide surtout dans les milieux bruyants.

D'après cet auteur: "des anomalies dans le synchronisme et l'étendue du déplacement des deux moitiés du diaphragme permettent de porter le plus souvent le diagnostic de prédisposition tuberculeuse ou de début de tuberculose, en l'absence de tout signe d'auscultation."

IX. Tuberculose et viande crue. — Suc musculaire.

MM. Cornil et Chantemesse ont fait des expériences sur deux lots de chiens infectés avec une dose égale de tuberculose à qui on donnait, aux uns de la viande cuite, aux autres de la viande crue. A l'autopsie des uns et des autres, les lésions étaient différentes; beaucoup moins prononcées chez les seconds, (viande crue).

Après des développements nombreux, ils concluent que les avantages du régime de la viande crue utilisée pour le traitement de la tuberculose ne résident pas dans un phénomène de suralimentation pur et simple, mais qu'ils proviennent d'une qualité particulière antituberculeuse de l'aliment.

Dans le même ordre d'idée, MM. Josias et Roux ont recherché la valeur du suc musculaire ou jus de viande et de la

(1) Voir plus loin au chapitre des analyses : le cyto-diagnostic.

viande crue dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, d'après les expériences bien connues de Richet et Héricourt (1) Ils ont donné à leurs malades chaque jour le suc extrait de 500 grammes de viande crue, plus, 150 grammes de viande crue par jour dans du bouillon froid, supprimant ainsi toute autre médication, à part le régime ordinaire de l'hôpital. Ils ont observé que trois cas de tuberculose au 1er degré ont guéri et se portent très bien; plusieurs cas au 2e degré réagissent moins vite; les résultats sont douteux chez les tuberculeux de la 3e période avec infiltration et cavernes.

En groupant les faits, ils arrivent aux conclusions suivantes:

Tuberculeux au premier degré: un guéri, deux en voie d'amélioration.

Tuberculeux au deuxième degré: deux guéris, un qui va mal, un mort.

Tuberculeux au troisième degré: un amélioré, sept morts.

Les auteurs concluent en disant que le suc musculaire et la viande crue ne paraissent pas jouir d'une action directe sur les microbes de la tuberculose ou sur leurs poisons. Ils augmentent la résistance de l'organisme — augmentation de poids du début — et facilitent la guérison par les procédés habituels.

Nous signalerons pour terminer une communication de Hobbs, de Bordeaux, sur la *persodine* dans le traitement de l'anorexie chez les tuberculeux, qu'il donne une heure avant les repas à la dose d'une cuillérée à café pour les enfants et une cuillérée à soupe pour les adultes dans un peu d'eau. Il aurait ainsi obtenu un réveil de l'apétit et une augmentation de poids très marquée.

MM. Robin et Binet ont fait une importante communication sur la *prophylaxie de la tuberculose pulmonaire par la connaissance de son terrain.*

Ces études portent sur le chimisme respiratoire.

Enfin une communication qui attire l'attention est celle du Dr Salivas sur la *cure de la tuberculose par la méthode de Francisque Crôtte.*

(1) Voir plus loin dans Analyses, au chapitre de la Thérapeutique.

Cette méthode, d'origine française, a fait le sujet de communications originales au congrès de médecine de Paris; elle aurait produit entre les mains de ses promoteurs des guérisons inespérées. " Elle consiste, dit Salivas, dans un procédé de transfusion des médicaments et des métaux à travers les pores de la peau, au siège même du mal, par l'électricité statique à moyenne ou à haute tension." Grâce à elle, on peut, sans le moindre danger, utiliser les antiseptiques les plus puissants — formaldéhyde — ou les métaux, le fer, le manganèse.

Suivant les auteurs, on obtiendrait 100 p. 100 de guérisons au premier degré; 75 p. c. au deuxième; 30 p. c. au troisième.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des progrès de cette méthode qui se réclame de tant de succès.

Beaucoup d'autres travaux ont été présentés, mais le cadre d'une analyse aussi succinte ne nous permet pas de poursuivre plus longtemps l'étude des enseignements nouveaux qui ont été apportés dans ce grand congrès si justement retentissant.

J.-A. LeSage.

ONZIÈME CONGRÈS

— DES —

ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (1)

(*Suite et fin*)

X. *M. Crocq* présente un rapport sur la physiologie et pathologie du tonus musculaire des réflexes et de la contraction. Ce remarquable rapport se prête peu à une analyse succinte et demande à être lu en entier. Je ferai la même remarque sur la communication de *MM. L. Marchand* et *Cl. Vurpas*, intitulée: *De quelques considérations sur le mécanisme physiologique des réflexes.*

XI. *M. Joffroy* rapporte deux observations d'algidité centrale d'assez longue durée, chez deux paralytiques généraux. Son premier malade, après une attaque apoplectiforme, présenta une température rectale de 35° 3. Le lendemain, le malade étant resté dans le coma, la température se maintient au même chiffre. Le surlendemain, la température n'est plus au matin que de 27° 2, et peu à peu elle descend à 25° 5 pour se relever à 26° c. au moment de la mort survenue 58 heures après la première constation de l'algidité centrale. Le second malade présente une syringomyélie gliomateuse constatée à l'autopsie. Ce malade, étant alité, fit des escharres, et l'on constata alors une température rectale de 35° 4. Progressivement et assez régulièrement la température s'abaissa les jours suivants jusqu'à 26° c. La mort survint le huitième jour après la première constation de l'algidité centrale, sans coma, ni convulsions. Ce dernier malade présentait dans le sang, examiné la veille de sa mort, des coli-bacilles de petites dimensions qui ont sans doute joué un rôle dans la production de l'algidité dont le facteur principal paraît devoir être surtout recherché dans les altérations du système nerveux.

XII. Note sur l'influence de la syphilis héréditaire, de l'alcoolisme et de quelques professions insalubres sur la production des maladies chroniques du système nerveux chez les enfants (idioties, épilepsies, aliénation mentale).

(1) Voir *Union Médicale*, sept. 1901.

M. Bourneville donne le résultat de ses recherches: 1° *Syphilis héréditaire.* Sur 2702 observations de garçons atteints de maladies chroniques du système nerveux, il n'a relevé la syphilis des parents que dans 20 cas, soit un pour cent. Sur 482 filles atteintes des mêmes maladies, il n'y a que 2 cas de syphilis héréditaire avouée. Sur les 420 garçons présents dans le service, il a constaté 19 fois des *lésions dentaires*, susceptibles d'être rattachées à la syphilis héréditaire. Sur ces 19 cas, une seule fois il a été possible de relever la syphilis chez l'un des géniteurs. 2° *Alcoolisme.* 36 % des pères de nos malades faisaient des excès de boisson; 3,1 % des mères; 1,5 % des pères et mères; soit 41,1 %; 41,1 étaient sobres; pas de détails pour le reste. 3° *Professions insalubres.* Au premier rang se placent celles dans lesquelles on manie la céruse, le mercure, le phosphore, le cuivre, etc. La statistique montre que 87 familles ont fourni 420 enfants, soit près de 5 enfants par famille. Sur ces 420 enfants, 220 sont décédés, soit une mortalité de 52 %; sur ces 420 enfants, 200 ont survécu, soit une vitalité de 48 %. Si, au chiffre des 220 décédés, nous ajoutons les 87 enfants idiots, épileptiques, etc., nous voyons que 73 % de ces enfants sont atteints mortellement ou gravement par des différentes professions insalubres exercées par les parents. Une mère et deux pères étaient atteints de syphilis. Sur ces 87 familles, 58 pères faisaient des excès de boisson, soit 55 %.

XIII. *M. Paul Farez* rapporte l'observation d'un littérateur de talent (*un cas de double désuggestion*), devenu le point d'une femme du monde qui, par passe temps, s'amuse à l'endormir à volonté, en le touchant avec le doigt en un point déterminé de la nuque (point hypnogène créé par suggestion). L'auteur suggère l'anesthésie complète des régions qui correspondent au point hypnogène, en même temps qu'il emploie la suggestion à rendre M. H. réfractaire à toute manœuvre nouvelle. A partir de ce moment, le procédé de cette femme devient inefficace.

XIV. *M. P. Hartenberg* a expérimenté la lécithine dans la thérapeutique des affections du système nerveux. Le produit est retiré du jaune d'œuf, conservé dans une solution de chlo-

rure de sodium, et employé en injections hypodermiques. Sur 24 malades ainsi traités, il y avait 1 tabes, 1 paralysie générale, 4 psychoses, 6 tics, obsessions, phobies, etc., qui ont tous été améliorés; puis 8 neurasthéniques, dont 5 ont été guéris et 3 améliorés; enfin 6 hystériques, dont 5 ont été guéris et 1 amélioré. De l'ensemble de ces expériences, l'auteur conclut: 1° Que la lécithine est toujours inoffensive; 2° Qu'on peut l'employer, sans inconvénients, en injections hypodermiques, à doses assez élevées, telles que 1 gramme par jour; 3° Que, dans les affections du système nerveux, son action thérapeutique parait porter beaucoup plus sur la nutrition générale que sur le tissu nerveux en particulier; c'est seulement en relevant l'état général du malade que le lécithine améliore l'état nerveux. Elle ne saurait donc être considérée comme un médicament spécifique du système nerveux.

XV. *M. Justin Lemaistre* fait, sous le titre de tumeurs gazeuses de l'abdomen, une communication concernant des tumeurs gazeuses survenues chez des névropathes. Dans deux cas, il y a eu intervention opératoire.

XVI. Rapport de *M. H. Faguet* sur le Personnel secondaire des asiles d'aliénés.

XVII. *M. Maurice Faure.* Sur la physionomie et la progression de certaines lésions cellulaires corticales accompagnant les accidents mentaux des maladies générales. L'auteur présente 15 photographies microscopiques reproduisant l'aspect des cellules pyramidales chez 12 malades, morts de maladies générales (pneumonie, tuberculose, lésions du foie, lésions du rein), avec des troubles mentaux plus ou moins accentués. Dans 5 cas, les cellules ont conservé le type normal, ce qui démontre que l'on peut avoir certains troubles fonctionnels cérébraux sans que la lésion correspondante de l'organe soit appréciable à nos investigations. Dans 7 cas, les cellules sont manifestement altérées, et cette altération présente les mêmes caractères dans tous les cas; ce sont: forme globuleuse de la cellule, migration périphérique du noyau, décoloration centrale de la cellule. Ces lésions se rencontrent seulement dans les cas où une toxi-infection, quels qu'en soient la nature et le siège,

agira sur les cellules nerveuses pour en modifier la structure et la fonction.

XVIII. Troubles unilatéraux de la mimique (hémi-mimie) chez les nerveux et sur l'importance qu'il convient de leur accorder. Tout en faisant quelques réserves, *MM. Lannois* et *Paulet* montrent qu'il est à ces troubles une cause plus simple que l'origine centrale, à savoir: les altérations du nerf facial dans l'oreille moyenne. Ils rappellent la fréquence des paralysies, et aussi des parésies et des contractures systématisées dues à une lésion de l'oreille moyenne. Comme conclusions, les auteurs disent que la fréquence des paralysies, des parésies et des spasmes d'origine otique enlève une grande partie de leur valeur aux troubles unilatéraux de la mimique, en tant que signes de dégénérescence ou symptomatique d'une inégalité des hémisphères cérébraux.

XIX. *MM. Régis* et *Lalanne* (catatonie et insuffisance rénale), sont d'opinion que la catatonie pouvait être en rapport avec une auto-intoxication, surtout rénale. Ils citent une observation dans laquelle une médication, visant essentiellement l'auto-intoxication rénale, a produit une guérison complète.

XX. Traitement des douleurs du tabes par l'aspirine et la rachi-cocaïnisation sous-arachnoïdienne. *M. Marchand* dit que dans 4 cas sur 5 de douleurs tabétiques, l'aspirine lui a donné une sédation presque complète de la douleur. Les doses ont été de 1 à 3, 4 et même 5 grammes, suivant la tolérance. Dans 2 cas de crises gastriques violentes, il y a eu recours à l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne suivant le procédé de Tuffier. 2 succès sans inconvénients d'aucune sorte consécutivement à l'injection.

XXI. *M. Lannois* présente une observation de sein hystérique. Tandis que le sein gauche est relativement petit et flasque en rapport avec l'âge et l'habitus de la malade, le droit est volumineux, piriforme et tendu avec une aréole beaucoup plus marquée. La pression du sein en masse, le pincement de l'aréole, sont hystérogènes. La malade éprouve dans l'organe des senations de pesanteur, des lancées parfois si violentes qu'elle entra dans un service de chirurgie ou la question

d'intervention pour tumeur fut discutée et résolue d'ailleurs par la négative.

XXII. Sur la recherche des microbes dans le cerveau, le liquide céphalo-rachidien, le sang, dans 200 cas de troubles mentaux et nerveux. De l'ensemble des recherches de *MM. Maurice Faure* et *Laignel-Lavastine*, il résulte que chez des malades atteints d'affetions variées, qui se sont parfois accompagnées de troubles mentaux bien nets et intenses, il ne s'est jamais rencontré, soit dans le tissu cérébral, soit dans le liquide céphalo-rachidien, ni dans le sang, un élément microbien auquel on pût imputer un rôle dans le genèse de la maladie. Les troubles mentaux infectieux sont en réalité des troubles mentaux toniques. C'est par l'intermédiaire des poisons sécrétés dans le foyer infectieux (où qu'il soit) et répandus dans tout le milieu intérieur, ou des poisons fabriqués dans d'autres parties de l'organisme sous l'influence de l'infection, (fièvre, troubles digestifs, insuffisance hépatique et rénale, troubles circulatoires, troubles de la respiration et des fonctions de la peau), que se produit le trouble mental, dû à l'action du milieu intérieur vicié sur les fonctions cellulaires cérébrales.

XXIII. Sur la théorie de l'obsession. *M. L. Arnaud* croit insuffisantes les théories intellectuelle et physiologique pour expliquer cet état morbide. Il pense que le rôle essentiel appartient aux troubles de la volonté. Ces malades sont tous des abouliques, qu'il s'agisse des mouvements ou des idées. C'est la perte ou l'amoindrissement considérable du contrôle de la volonté qui permet la formation de systèmes psychologiques, produits de l'automatisme, qui s'imposent à la conscience et qui l'obsèdent. L'obsession morbide est un phénomène très complexe, dont la condition fondamentale est un trouble primitif et généralisé, affectant les éléments communs à la volonté et à l'intelligence; ce trouble est l'*aboulie* permanente qui préexiste aux obsessions et les prépare. L'influence des idées et des émotions s'exerce dans le développement, dans l'orientation et dans l'intensité de l'obsession, ainsi que dans l'apparition et le rappel des accès. Mais l'obsession est avant tout une *maladie de la volonté.*

E.-P. CHAGNON.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance d'ouverture, 15 octobre 1901

Présidence de M. HERVIEUX

La Société Médicale de Montréal a eu sa première séance régulière pour l'année 1901-02, mardi le 15 octobre sous la présidence de Monsieur le Dr Hervieux.

A l'ouverture de la séance, M. Dagenais, secrétaire, donne lecture d'une lettre du secrétaire de la Faculté de Médecine de l'Université Laval accordant comme par le passé l'usage des salles de la Faculté pour les réunions de la Société.

Le secrétaire donne ensuite le rapport complet des différents travaux qui ont été lus devant la Société et des pièces anatomo-pathologiques qui lui ont été présentées:

MM. G. ARCHAMBAULT. — La vaccination.

E.-P. BENOIT. — Le diagnostic précoce des fièvres éruptives.

S. BOUCHER. — La distribution gratuite du lait pur aux enfants pauvres.

R. BOULET. — Les sinusites aiguës et chroniques.

J. CORMIER. — Alimentation et thérapeutique infantile.

C.-A. DAIGLE. — La pleurésie purulente — observation personnelle.

R. DE COTRET. — La septicémie puerpérale.

— Infection puerpérale — observations cliniques.

— Albuminurie pendant la grossesse.

J.-E. DUBÉ. — Un cas de lymphadénie leucémique.

— La mortalité infantile et les moyens de la diminuer.

— Tuberculose pulmonaire et hérédité.

A.-A. FOUCHER. — Deux cas de difformité de l'oreille externe avec photographie.

— De l'obstruction nasale et de ses conséquences.

L. DE GRANDPRÉ. — L'alimentation chez le nourrisson.

J. GRAVEL. — Présentation de pièces pathologiques — cœur hypertrophié, dépots calcaires sur les valvules aortiques.

L. DE L.-HARWOOD. — Caroncules de l'urètre.
— Deux observations de kystes ovariens avec torsion du pédicule.

H. LASNIER. — Le chancre mou et son traitement.

J.-A. LESAGE. — Purpura hémorragique par auto-intoxication.
—Le traitement de la fièvre typhoïde à l'hôpital Notre-Dame.

A. MARIEN. — Un cas de fièvre typhoïde atypique avec perforations intestinales — intervention.
— Pathogénie des fibro-myômes utérins.
— Ostéotomie trochantérienne — observation personnelle.

O.-F. MERCIER. — Traitement des grands traumatismes par l'embaumement.
— Un cas de hernie inguinale à double sac.
— Traitement de l'hydrocèle par le retournement de la vaginale.

T. PARIZEAU. — Le rein flottant.
— Ectopie testiculaire traumatique.

J.-A. RANGER. — Présentation d'un cas d'anencéphalie.

E. ST-JACQUES. — Polype fibreux intra-utérin.
— Traitement des rétentions urinaires — observation personnelle.

E. VALIN. — Un cas de lèpre avec présentation du malade.

L'assemblée a ensuite procédé à l'élection du nouveau bureau de la Société avec le résultat suivant:

Président: Monsieur le Dr L.-Avila Demers;
Vice-Président: Monsieur le Dr J.-A. LeBlanc;
Secrétaire-archiviste: M. J.-P Décarie;
Secrétaire-trésorier: M. F. Jeannotte.

M. Demers a remercié les membres de la Société de l'avoir appelé à présider leurs réunions et a fait l'éloge de M. Hervieux qui l'a précédé dans la charge de président; il rappelle que l'Ecole a toujours pris un grand intérêt aux travaux de la Société et que son concours lui est assuré dans toutes ses entreprises.

Après les discours des autres officiers le Dr Marien, secondé par le Dr Boulet, à proposé que: la Société Médicale prie Monsieur Hervieux et Monsieur Dagenais, le président et le secrétaire sortant de charge, de vouloir bien accepter ses plus sincères remerciements pour les services signalés qu'ils ont rendus durant leur terme d'office. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

L'assemblée s'est ensuite occupée d'une lettre du Dr P.-V. Foucher, de Québec, au nom de la Société Médicale de Québec, au sujet d'un projet de fondation d'une " Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord."

Le Comité formé l'an dernier pour se joindre au Comité de Québec est prié de continuer ses travaux et de faire rapport à la Société.

La prochaine réunion de la Société aura lieu mardi le 29 octobre, à 8½ hrs du soir à l'Université Laval.

J.-P. DÉCARIE,
Secrétaire.

ANALYSES

MEDECINE

Le cyto-diagnostic, par NICOLLE, dans la *Revue Médicale de Normandie.*

Au dernier congrès de la tuberculose, à Londres, Widal et Ravaut ont donné les résultats acquis au moyen du cyto-diagnostic ou diagnostic par les cellules. J'ai lu un exposé complet de la question fait par Nicolle. Je crois qu'il est utile de connaître ce nouveau procédé de diagnostic des affections tuberculeuses. L'auteur étudie d'abord les moyens de défense naturelle de l'organisme qui sont, avant tout, les cellules phagocytaires ou globules blancs, ou leucocytes, qui se présentent sous trois aspects différents.

1° Les *polynucléaires*, ou cellules à plusieurs noyaux, les plus nombreux de tous — les $\frac{3}{4}$ du nombre total — qui se forment dans la moëlle des os;

2° Les *lymphocytes*, ou petites cellules à un seul noyau, avec mince couche de protoplasma, qui se forment dans la rate et les ganglions lymphatiques;

3° Les *leucocytes mononucléaires*, à cellules beaucoup plus grosses que les précédentes, dont ils dérivent, noyau unique, protoplasma abondant, viennent des organes lymphatiques.

Les autres variétés intermédiaires ont moins d'importance; nous les laisserons de côté.

Les propriétés physiologiques de chacun de ces phagocytes diffèrent.

Les *lymphocytes* n'ont aucun pouvoir phagocytaire, ils ne peuvent ni englober, ni digérer les corps étrangers, microbes, etc... ils n'agissent qu'à un stade plus avancé, lorsqu'ils deviennent mononucléaires.

Les *mononucléaires* dérivent des précédents: ils détruisent tout ce qui s'atrophie ou dégénère dans l'organisme et luttent avec avantage contre les microbes qui causent des infections chroniques.

Les *polynucléaires* sont les véritables agents de défense active vis-à-vis les microbes. Ils s'accroient en nombre et sont au premier rang dans les infections aiguës de tout genre.

Ces connaissances étaient utiles à la compréhension du cyto-diagnostic.

Widal a étudié, par ce procédé, les pleurésies dites *a forigore*, de Landouzy — qui affirme, depuis longtemps, qu'elles sont tuberculeuses,— et des épanchements divers, méningitiques ou autres, et dans chacun d'eux il a retrouvé une formule identique.

Ainsi, dans onze *pleurésies iodopathiques ou a frigore*, il n'a retrouvé que des *lymphocytes associés aux globules rouges*. Il conclut que la présence exclusive des lymphocytes, avec absence de cellules endothéliales, dans un épanchement séro-fibrineux, indique une lésion tuberculeuse.

Dans les pleurésies infectieuses aiguës — streptocoque, pneumocoque — la formule diffère. On y rencontre des *polynucléaires* en abondance et presque exclusivement.

Dans les épanchements mécaniques: cardiaques, brightiques, cancéreux, on ne retrouve que de larges placards constitués par des cellules *endothéliales de la plèvre.*

Ainsi, nous pouvons résumer à trois types histologiques nets les trois types de pleurésies distincts, à savoir:

1° Pleurésies tuberculeuses à formule lymphocytaire;

2° Pleurésies inflammatoires aiguës — streptocope, pneumocoque — à formule polynucléaire;

3° Pleurésies mécaniques à placards d'endothélium pleural.

Les mêmes observations s'appliquent aux liquides méningitiques.

La *méningite tuberculeuse* donne un liquide, par ponction lombaire, qui ne renferme que des lymphocytes.

La *méningite cérébro-spinale épidémique* donne au contraire une formule polynucléaire: elle est en effet due à la présence d'un méningocoque. L'étude des liquides des *hydrocèles* a révélé que l'hydrocèle par orchite blennorrhagique a une formule polynucléaire, tandis que l'hydrocèle par tuberculose du testicule a une formule lymphocytaire.

Technique: 1° Ponction des plèvres, méninges ou autres, pour recueillir le liquide devant servir à l'examen histologique;

2° Défibrination du liquide recueilli par l'agitation dans un vase contenant des perles de verre;

3° Décantation de la partie liquide du produit, et centrifugation du liquide durant quelques minutes;

4° Examen microscopique du dépôt obtenu, dont les éléments cellulaires seront colorés par les réactifs suivants: éosine, hématéine, triacide d'Erlich, thionine.

Dans une de ses dernières leçons, le professeur Dieulafoy résume ainsi les principes fondamentaux du cyto-diagnostic:

Les placards endothéliaux indiquent un épanchement d'origine mécanique, dû surtout à un trouble circulatoire.

Les gros globules blancs, mononucléaires et polynucléaires, indiquent une pleurésie d'origine infectieuse non tuberculeuse.

Enfin, les globules rouges associés aux lymphocytes indiquent une pleurésie — ou autre épanchement — de nature tuberculeuse.

Ces recherches ingénieuses, associées à l'agglutination, l'inoculation, etc., font disparaitre les doutes et éclairent l'esprit du médecin consciencieux.

Recherches sur le microbe pathogène de la syphilis.—Par M. M. JUSTIN, de Lille et LOUIS JULLIEN, à l'Académie de Médecine, 2 juillet 1901.

Les auteurs publient les résultats des recherches qu'ils ont faites snr ce sujet en étudiant le sang de malades contaminés récemment et exempts de médication spécifique.

Ils ont pu décéler un bacille qui se présente avec les caractères suivants. Il a une forme tantôt courte, tantôt allongée ; il est mobile dans le champ du microscope. Il faut éviter de le dessécher à une température supérienre à 60 dégrés c.; on emploie de préférence l'alcool-ether, l'acide osmique, ou une solution aqueuse saturée de sublimé. Il ne prend pas le Gramm. Il trouble le

bouillon en 24 heures, liquéfie lentement la gélatine. Sur gélose ordinaire et glycerinée ou peptonisée, il donne un enduit crêmeux toujours humide et légèrement verdâtre. Il pousse abondamment sur le liquide amniotique, ne coagule pas le lait, précipite la caséine. Il ne produit pas d'indol. Les cultures out une odeur fade.

Court au début, le microbe s'allonge en filament après 5 ou 6 jours ; après 10 jours il devient granuleux et prend l'aspect de points ronds qui reviennent à l'état primitif à la suite d'un repiquage dans des milieux nouveaux. Après trente jours le repiquage reste stérile, mais ces mêmes granulations se raniment et reprennent toute leur vie après un passage dans le sang. Les cultures injectées dans le péritoine des cobayes provoquent l'avortement, l'amaigrissement, etc. Injectées sous la peau elles déterminent la chute des poils et l'ulcération avec induration de la peau accompagnée d'engorgement ganglionnaire du voisinage.

A l'autopsie, *les cadavres de tous les animaux sont stériles :* cette constatation a amené les auteurs à rechercher s'il n'en serait pas de même chez l'homme. " Et ils ont constaté sans surprise que, sur des milliers d'autopsies pratiquées dans les hôpitaux spéciaux, la science ne mentionnait pas un seul fait de contamination spécifique par piqûre à l'amphithéâtre."

Autre détail important. Du sérum sanguin d'un syphilitique en puissance d'accidents, mis en contact avec une culture âgée de trois jours, détermine nettement l'agglutination. En résumant succintement ces caractères particuliers, les auteurs croient pouvoir affirmer que ce bacille est le microbe pathogène de la syphilis.

J. A. LeSage.

Fièvre typhoïde sans lésions intestinales.

Le Dr W. S. Lazarus-Barlow, du Westminster Hospital, rapporte dans le *British Medical Journal*, du 21 septembre 1899, une observation de fièvre typhoïde chez un enfant de 13 mois, mort au vingt-cinquième jour de la maladie et où l'autopsie a permis de constater un intestin parfaitemeni normal. Les plaques de Peyer et les follicules clos ne présentaient rien de particulier, pas le moindre gonflement, ni congestion du voisinage. Cet eufant fut admis à l'hôpital au seizième jour de sa typhoïde avec de la diarrhée, de la bronchite, du tympanisme intestinal et des taches rosées. Le séro-diagnostic de Widal fut positif le lendemain de sa rentrée. Cinq autres enfants de la même famille du petit malade présentèrent presque en même temps tous les symptômes de la fièvre typhoïde.

Le rapporteur fit une analyse bactériologique des bacilles pris directement dans la rate, et arriva à la conclusion qu'il s'agissait du bacille d'Eberth.

J. E. Dubé.

THERAPEUTIQUE

La santonine dans les crises fulgurantes tabétiques.—(*Journal de Méd. de Paris.*)

Le Dr Négro a utilisé avec succès les effets analgésiques de la santonine dans les douleurs tabétiques. Au milieu d'une des crises les plus douloureuses chez un tabétique, le Dr Négro tenta l'action de la santonine en s'inspirant de quelques expériences précédentes.

Il administra 15 centigrammes d'acide santonique en trois doses à une heure de distance chacune, en supprimant toute médication analgésique. Une heure après la seconde dose, les douleurs étaient atténuées ; elles étaient disparues après la dernière ; l'accalmie dura deux semaines. A la reprise des douleurs M. Négro donna 10 centigrammes en une seule dose, et 5 centigrammes 5 heures après. La douleur disparut comme dans la crise précédente. L'accalmie ordinaire est donc de 12 à 15 jours. C'est une tentative heureuse que nous pourrons répéter à l'occasion.

Traitement de la pneumonie par le sérum diphtérique, par TALAMON, (Société Médicale des Hôpitaux, Paris, 1901.)

M. Talamon, s'inspirant du fait que le pneumocoque est peu virulent puisque l'organisme humain en triomphe en cinq ou six jours, a eu l'idée de le détruire au début par un sérum actif contre un autre microbe. Comme il est difficile d'obtenir un sérum anti-pneumococcique d'une activité efficace, il s'est adressé au sérum anti-diphtérique.

Sans entrer dans les détails subtils de l'action des sérums dans ces cas, nous donnerons simplement les résultats obtenus.

Dans les temps ordinaires, la mortalité hospitalière par pneumonie n'est jamais descendue, dans son service, au-dessous de 24 p. 100; elle a même atteint 37 p. 100 en 1899. Or les statistiques qu'il publie aujourd'hui établissent que, sur 50 malades traités par les injections de sérum anti-diphtérique, 7 sont morts, soit une mortalité de 14 p. 100.

Le sérum anti-diphtérique serait, suivant l'auteur, d'une parfaite inocuité. On a pu injecter 200 à 260 c. c., en quelques jours sans autres accidents — rares — que ceux déjà connus sous les noms d'éruptions érythémateuses et de douleurs articulaires; et la quantité nécessaire serait d'autant moindre que le traitement est plus précoce. Ainsi, une pneumonie traitée dès le troisième jour ne doit pas demander plus de 20 à 60 c. c.

Dans les formes graves, adynamiques, avec aspect typhoïde, il ne faut pas hésiter à donner 40 c. c., le même jour en deux fois: le matin et le soir, et injecter une nouvelle dose de 20 c. c., le lendemain matin si la température n'est pas modifiée. On donnera une seule injection les jours suivants si l'amélioration ne se montre pas. Ce traitement serait applicable, avec avantage aux vieillards. "En suivant ces règles, dit M. Talamon, on peut abréger la durée de la pneumonie, supprimer ou du moins réduire les chances de complications, et abaisser la mortalité de cette maladie aux environs de 10 p. 100." Jusqu'à présent, aucun traitement n'a fait mieux ni autant.

J. A. LESAGE.

Formulaire de la zomothérapie antituberculeuse, dans *Revue de la Tuberculose*, mai 1901, par J. Héricourt, chef adjoint du laboratoire de physiologie de la Faculté de Médecine de Paris.

Pour préparer le suc musculaire:

1° Prendre de la viande de bœuf (tranche) très fraiche, hachée, dégraissée. La faire macérer deux heures dans une quantité d'eau froide (préalablement stérilisée par l'ébullition ou la filtration) égale au cinquième de son poids.

Soumettre à la pression cette viande imbibée d'eau, à l'aide d'une presse de ménage, par portions dont le volume sera en rapport avec les dimensions de la presse. Les efforts de pression devront être peu intenses et espacés de cinq en cinq minutes.

Dans la presse, la viande devra être enveloppée d'un linge résistant. La presse devra être nettoyée à l'eau bouillante, avant et après chaque opération.

2° Les doses de liquide à ingérer sont variables avec la période et la gravité de la maladie.

On peut les fixer de la manière suivante, d'après le poids de la viande à presser.

	Il faut presser:
Pour une tuberculose latente ou du 1er degré... ...	de 500 à 1,000 gr.
Pour une tuberculose pulmonaire du 2e degré... ...	de 1,000 à 2,000 gr.
Pour une tuberculose du 3e degré ou une granulie..	de 2 à 3 kilog.

En tenant compte de la quantité d'eau ajoutée à la viande, la totalité du liquide obtenu par pression doit être au moins de 400 gr. par kilog. de viande. Avec une très forte presse, cette quantité peut atteindre 500 gr.

Par conséquent, il faut absorber: dans le cas d'une tuberculose latente ou du 1er degré, de 200 à 400 gr. de liquide; dans le cas d'une tuberculose pulmonaire du 2e degré, de 400 à 800 gr., et dans le cas d'une tuberculose pulmonaire du 3e degré ou d'une granulie aiguë de forme typhoïde ou cérébro-spinale, de 800 à 1,200 gr. de liquide.

3° Le suc musculaire ainsi obtenu est d'une grande fragilité et s'altère très facilement.

Il ne peut être transporté.

Il doit être pris aussitôt préparé.

Si sa quantité est trop abondante pour être prise en une fois, il faut faire deux opérations de pression dans les 24 heures.

Il doit être pris *nature*, ou avec addition d'une petite quantité de sel.

En cas de dégoût très accentué ou de susceptibilité stomacale très grande, on pourrait le sucrer avec du sirop d'écorce d'orange amère et même y ajouter de l'eau de Seltz.

Le meilleur moment de l'administrer est une demi-heure avant le déjeuner.

Dans ces conditions, le plus souvent l'appétit du malade n'est pas coupé. S'il n'en était pas ainsi, il faudrait chercher, par tâtonnement, un autre moment propice.

Le suc musculaire ne produit jamais de troubles intestinaux. Si des troubles de cette nature (diarrhée) viennent à se manifester, c'est que la viande pressée n'est pas fraiche, ou que le suc est préparé sans soin, ou n'est

pas pris assez tôt après sa préparation. Toutes les précautions recommandées doivent être d autant plus rigoureusement observées que la température extérieure est plus élevée.

4° Autant que possible, le malade remplacera toute la viande *cuite* de son alimentation, par une égale quantité de viande *crue*, prise râpée, dans une petite quantité de bouillon froid, ou en boulettes salées ou sucrées, ou enrobées dans de la confiture, ou avec quelque sauce mayonnaise, ou mélangée de jaunes d'œufs durs, avec câpres et vinaigre, etc.

Mais si le malade ne pouvait supporter la viande crue, il serait tout de même préférable de supprimer les viandes noires *cuites* de son alimentation.

5° Le reste de l'alimentation sera normal. Toutefois, il sera bon de ne pas insister sur les œufs, que recommandent d'habitude les partisans de la suralimentation. Le lait devra être pris non bouilli, autant que possible, très frais et toujours sans excès.

Le riz, les lentilles, les pois, les boulettes préparées avec de la farine devront paraitre fréquemment sur la table, ainsi que les huitres, les coquillages, les escargots, le poisson fumé.

Lorsque la fièvre sera telle que l'alimentation devra être réduite à sa plus simple expression, le jus de viande, la viande crue et le riz au lait seront la base de cette alimentation réduite.

6° Si le maalde n'est pas arthritique, s'il n'est pas prédisposé aux poussées congestives et hémorragiques, s'il a conservé un bon appétit et ses facultés digestives, et s'il peut prendre la viande crue sans dégoût *en grande quantité*, il est alors inutile de recourir à la préparation du suc musculaire, toujours longue et pénible.

Mais il faut alors que le malade prenne, au moins, par jour :

Pour une tuberculose au 1er degré .. de 300 à 400 gr de viande crue, 10 à 12 onces.
Pour une tuberculose au 2e degré ... de 500 à 800 gr. de viande crue, 18 à 25 onces.

Chaque prise de viande crue pourra être suivie de l'absorption d'une petite quantité (un demi-verre à madère) de quelque vin généreux, bordeaux ou muscat.

7° La crainte du tænia ne doit pas détourner les malades de ce traitement par la viande crue.

D'abord, avec de la viande proprement préparée, cet accident est extrêmement rare; d'autre part, il est de minime importance, rien n'étant plus facile que de se débarrasser d'un tel parasite, et le petit inconvénient d'un traitement anthelminthique ne pouvant être mis en balance avec la guérison d'une maladie telle que la tuberculose.

La viande de mouton n'offre pas, à ce point de vue, l'inconvénient en question; mais nous ne pouvons affirmer que cette viande ait la même action thérapeutique que celle du bœuf. L'identité est cependant probable.

8° Toute médication prétendue spécifique, toute absorption de médicaments devra être suspendue pendant le traitement zomothérapique.

L'huile de foie de morue seule pourra être continuée.

Bien entendu, le malade devra se placer dans les conditions hygiéniques reconnues comme indispensables à la cure de la tuberculose, telles qu'une large aération, l'absence de toute fatigue, sinon le repos complet, et la propreté aseptique du milieu ambiant.

9° La durée du traitement est indéterminée; mais il est indiqué de continuer l'usage de la viande crue au moins pendant six mois après la disparition des symptômes alarmants et l'établissement d'un état de guérison apparente, et d'y revenir pour quelques semaines toutes les fois que l'équilibre de santé paraîtra rompu.

Le Carnigen dans la suralimentation.

Je viens de lire, dans un journal belge que le carnigen est une poudre fine entièrement soluble qui a donné de bons résultats dans la suralimentation. " Avez-vous un malade dont l'estomac surmené se refuse à l'alimentation forcée, dit l'auteur, suspendez toute nourriture—viandes surtout—donnez le lait, alternativement avec le carnigen, et vous verrez bientôt les troubles disparaître rapidement sans perdre de poids, si la dose est suffisante ". La dose est une cuillèrée à soupe dans une tasse d'eau chaude, assaisonnée au goût du malade. On peut répeter cette dose toutes les denx ou trois heures sans fatigue et avec bénéfice pour tous les débilités. Et l'auteur s'étend longuement sur les indications particulières de ce composé albuminoïde dans les cas les plus variés d'anorexie.

OBSTÉTRIQUE

Vagissements intra-utérins. — REURE et PLANCHE, dans *Lyon Médical.*

Il s'agit d'une multipare qui commença à perdre ses eaux six semaines avant le terme de sa grossesse. Repos, injections vaginales. Le lendemain on fait appeler le médecin Dr Reure: à son grand étonnement, après avoir pratiqué l'examen *il entend distinctement des cris d'enfant;* les cris redoublent, le médecin pense que l'enfant est entre les jambes de sa mère, il regarde, rien. C'était pour ces cris qu'on avait fait mander le médecin. Après un interrogatoire on apprend que les cris ont commencé à la suite d'une injection faite avec un injecteur à poire en caoutchouc. L'enfant continue à crier durant une heure, puis il se tait. Dix jours plus tard, la mère accouchait sans accident d'un enfant bien portant, présentation du siège.

M. Planche fait remarquer que le doute n'est pas permis dans ce cas-ci. Quatre personnes peuvent l'attester. Des recherches bibliographiques permettent de relever des faits semblables. On cite à titre de curiosité je suppose, les faits suivants: Zoroastre aurait ri avant sa naissance; Mahomet et Saint-Barthélemy auraient parlé dans le ventre de leur mère!....

A propos de ces cris intra-utérins constatés par des accoucheurs célèbres du siècle dernier, Velpeau écrivait ce qui suit: " Si des hommes instruits et dignes de foi ont constaté le cri intra-utérin, je veux bien le croire, mais si je l'avais constaté moi-même, je n'y croirais pas. " Depuis ce temps les observations se sont précisées et l'existence des cris intra-uterins est admise de tous.

Dans la plupart des observations rapportées la pénétration de l'air dans l'utérus et le cri fœtal consécutifs se sont produits à la suite d'une interven-

tion, version, abaissement du pied, etc., la condition indispensable étant la rupture préalable des membranes de l'œuf. Dans l'observation rapportée ci-dessus, nous voyons que cette femme a introduit un injecteur à poire qui à dû rupturer les membranes. "L'air qui avait pénétré dans l'utérus était, *en* vertu de sa légèreté, accumulé dans la coupole supérieure de l'œuf et a fourni là, une zône où la tête de l'enfant s'est trouvée complètement enveloppée par ce mélange aérien."

Suivant l'auteur, la présence de cet air aurait empêché l'introduction de liquide amniotique dans les voies respiratoires du fœtus.

Ces faits ont suggéré au prof. Rapin, de Lausanne, l'idée d'insuffler de l'air dans l'œuf en cas de souffrance de la part du foetus, pour empêcher précisément que le liquide amniotique pénètre dans les voies aériennes. On appelle cette méthode la *physométrie artificielle*.

J.-A. LESAGE.

PHARMACOLOGIE

Formulaire.

CATARRHE DU NEZ.—(Vaucaire.)

℞

Chlorure de sodium	1 drachme.
Glycérine	3 drachmes.
Eau de roses	1 once.
Eau destillée	18 onces.
Acide phénique	5 gouttes.

F. S. A. Pour aspirations nasales plusieurs fois par jour.

COQUELUCHE.—(Duj. Beaumetz.)

Potion:

℞

Bromure de potassium Bromure d'ammonium Bromure de sodium	ââ ½ drachme
Sirop de chloral	1 once.
Eau distillée	1 once.

F. S. A. De une cuillérée à dessert à une cuillérée à soupe, matin et soir, dans du lait additionné d'un jaune d'œuf (enfants de plus de 4 ans).

CREVASSES DU SEIN.—(Monin.)

℞

Glycérine	1⅓ once.
Teinture de Baume du Pérou	75 gouttes.
Teinture de Baume de Tolu	30 gouttes.
Salol pulvérisé	15 grains.

F. S. A. Appliquer et recouvrir ensuite d'ouate.

DIARRHÉE CHEZ L'ENFANT.—(Herzen.)

Potion:

℞

Acide lactique	30 gouttes.
Sirop de coings	1 once.
Eau distillée	3½ onces.

F. S. A. Une cuillérée à café à toute les 2 heures.

CORS.—(Brocq.)

Mélange :

℞

Acide salicylique	15 grains.
Extract alcoolique de cannabis indica	8 grains.
Alcool à 90°	15 gouttes.
Ether à 62°	40 gouttes
Collodion élastique	75 gouttes.

F. S. A. Appliquer tous les soirs pendant 8 jours.

CREVASSES DES MAINS.—(Horzen.)

Pommade :

℞

Menthol	15 grains.
Salol	30 grains.
Huile d'olive	150 grains.
Lanoline	1 once.

F. S. A. Appliquer cette pommade matin et soir.

RETOUR D'EUROPE.

Notre administrateur, M. de Werthemer, est rentré à Montréal après une absence de trois mois en Europe, dans l'intérêt de la Compagnie des Médecines Patentées dont il est le directeur, et de l'UNION MÉDICALE.

AUX ABONNES.

Nous prions nos abonnés qui désirent se procurer les ouvrages médicaux, dont nous faisons l'analyse mensuelle au chapitre de la Bibliographie, de s'adresser à MM. Déom Frères, libraires, 1877, rue Ste-Catherine, qui se chargent de les leur procurer dans les conditions les plus avantageuses.

Le Nourrisson, ouvrage qui a été analysé dans le dernier numéro, a été édité chez Steinheil, rue Casimir-Delavigne, à Paris.

BIBLIOGRAPHIE

L'alcool et l'alcoolisme, par les Drs TRIBOULET et MATHIEU, de Paris. Carré et Naud, éditeurs, 3, rue Racine, Paris.

Ce livre sera utile à tous ceux qui s'intéressent à la brûlante question de l'alcoolisme. Les auteurs font l'histoire de la fabrication des boissons alcooliques, leurs rapports avec l'intoxication, la toxicologie, la physiologie générale. Ils ont fait une revue générale de la pathologie de l'alcoolisme, cirrhoses, sensibilité, névroses, etc. Ils ont aussi abordé la question difficile d'une législation d'Etat spéciale. C'est un livre précieux pour les philanthropes, les médecins et les législateurs de l'avenir.

Traitement de la coxalgie par la mécanothérapie, sans immobilisation au lit, par le Dr PAUL ARCHAMBAUD, directeur de l'*Ecole française d'Orthopédie et Massage.* (Paris, librairie de la *Revue Médicale*, 21, rue Cupias, prix : 2 francs.)

L'auteur décrit un nouveau mode de traitement de la coxalgie qui consiste à immobiliser les malades dans un appareil à sustentation générale permettant la marche.

Cet appareil, ne présentant pas d'articulation au niveau de la hanche ni du genou du côté atteint, empêche les surfaces articulaires de s'irriter par le frottement. Il permet en même temps de placer le bassin du malade dans une situation aussi rapprochée que possible de l'état normal.

Un massage général, insistant plus particulièrement sur les muscles de la jambe malade, empêche ceux-ci de s'atrophier jusqu'au moment où l'appareil est supprimé. On se garde bien, pendant tout le traitement, de masser ou de mobiliser l'articulation coxo-fémorale.

L'auteur apporte une statistique de 71 cas traités de la sorte, sur lesquels un seul décès s'est produit par méningite et sans qu'on puisse l'attribuer au traitement.

Chirurgie du foie et des voies biliaires, par F. TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et M. AUVRAY, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-8o avec 50 fig. dans le texte, 10 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

L'énumération des chapitres permettra, mieux que tout commentaire, de juger de la valeur du nouvel ouvrage que vient de publier le professeur Terrier, avec le concours du Dr Auvray : *Les traumatismes du foie.—Corps étrangers intra-hépatique.—Traumatismes des voies biliaires.—Foie mobile et son traitement chirurgical.—Les tumeurs du foie au point de vue chirurgical—Tumeurs des voies biliaires et canaux biliaires, vésicule,—Séparation de monstres xiphopages unis par un pont de substance hépatique.*—Ce dernier chapitre, basé sur un cas récemment publié, n'a été jusqu'alors l'objet d'aucune étude spéciale dans les ouvrages consacrés aux maladies du foie.

Ce livre est conçu suivant la méthode d'enseignement du distingué professeur. Après un court aperçu historique et une étude de l'anatomie pathologique et des symptômes de l'affection, les auteurs abordent dans chaque chapitre la partie purement chirurgicale ; le traitement décrit, ils donnent des tableaux des différentes opérations pratiquées jusqu'à ces temps derniers, et une étude très complète des résultats : un index bibliographique, terminant le chapitre, permet au lecteur de se reporter à toutes les sources qui lui peuvent être utiles.

Ce volume est le premier d'une série d'études des mêmes auteurs qui seront consacrées aux affections chirurgicales du foie et des voies biliaires.

Manuel de petite chirurgie de JAMAIN, revue et augmenté par FÉLIX TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et M. PÉRAIRE, ancien interne des hôpitaux ; huitième édition illustrée de 572 figures intercalées dans le texte. Félix Alcan, éditeur, 108, Boulevard St-Germain, Paris.

Ce manuel de 1009 pages contient tous les renseignements utiles pour les cas ordinaires de petite chirurgie. Il y a des considérations générales sur la stérilisation, les matériaux de pansement, le traitement des fractures, l'hémostase, la greffe, les irrigations, les injections, la vaccination. etc. En un mot tous les détails de choses qu'un médecin instruit ne peut plus ignorer aujourd'hui et qui sont exposés avec méthode et clarté.

Principes du diagnostic gynécologique, par le Dr G. FRAISSE. 1 vol. in-12 avec gravures, 5 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

LA LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS. 19, rue Hautefeuille à Paris, vient de publier un **Catalogue général de Livres de Sciences**, comprenant la médecine, l'histoire naturelle, l'agriculture, l'art vétérinaire, la physique, la chimie et l'industrie ; on y trouvera l'annonce détaillée de plus de cinq mille volumes, avec un extrait de la table des matières des principaux ouvrages et surtout un répertoire méthodique très détaillé, par ordre de matières.

Cette brochures de 104 pages, gr. in-8, est envoyée gratis et franco dans tous les pays du monde, à toute personne qui en fait la demande par carte postale *double* (avec réponse payée.)

Diagnostic des Maladies de l'Encéphale, par le Dr GRASSET, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec 6 figures, cartonné, 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue rue Hautefeuille, Paris.)

Tableanx synoptiques d'Exploration chirurgicale des Organes, à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr CHAMPEAUX. 1 vol. gr. in-8 de 176 pages, cart. (*Collection Villeroy*) : 5 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

La Mécanothérapie.—*Application du mouvement à la cure des maladies*, par le Dr L. REGNIER, chef de laboratoire à l'hôpital de la Charité. 1 vol. in-16 de 92 pages, avec figures, cartonné (*Actualités médicales*). Prix, 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Le Traitement des Névralgies et Névrites, par le Dr H.-F. PLICQUE, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 96 pages, cartonné (*Actualités médicales*), 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils. 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Aide-Mémoire des Maladies de l'intestin, par le professeur PAUL LEFERT. 1 vol. in-18 de 285 pages, cart. 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Dictionnaire des termes Techniques de Médecine, contenant les étymologies grecques et latines, par les Drs M. GARNIER et V. DELAMARE, préface de G.-H. ROGER, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, deuxième édition. 1 vol. in-18, reliure souple. 6 fr. 50. (A. Maloine, éditeur, 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

Obstetric Clinic, by DENSLOW LEWIS, Ph. C., M.D., professor of Gynecology in the Chicago Policlinic. Octavo, 640 pages. Price $3.00. E. H. Colegrove, 65 Randolph street, Chicago.

NOVEMBRE 1901

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

651 — Tabès dorsal spasmodique chez un adulte..... *Valin*
666 — Vaccination et revaccination..... ..... *Hervieux*
670 — Organisation du bureau de santé de Montréal en rapport avec les maladies contagieuses..... *Laberge*
682 — Anesthésie chirurgicale.—Chloroforme—Ether..... *LeSage*

REVUE GÉNÉRALE.

692 — Recherche de l'albumine dans l'urine ..... *Rivet*

ACTUALITÉS MÉDICALES.

696 — Projet d'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.....*Comité d'Organisation*
704 — Les Etudiants en Médecine de langue française et de langue anglaise..... ..... *Dubé*
707 — Banquet annuel de la Société Médicale de Montréal *XXX*

SOCIÉTÉS.

708 — Société Médicale de Montréal, séances du 29 octobre et du 12 novembre 1901..... ..... *Décarie*

ANALYSES.

THÉRAPEUTIQUE.

712 — Contribution au traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections sous-cutanées de gélatine. *Hervieux*

713 — Traitement de l'artério-sclérose cérébrale par le sérum inorganique — Traitement de la goutte.— L'alcool dans l'empoisonnement par l'acide carbonique..... *LeSage*

PÉDIATRIE.

714 — Fièvre scarlatine..... *Dubé*

OBSTÉTRIQUE.

715 — Traitement de l'infection puerpérale..... *LeSage*

BIBLIOGRAPHIE.

716 — Matière médicale zoologique.—Histoire des drogues d'origine animale par Beauregard.—Les Processus généraux—Histoire naturelle de la maladie. Hérédité. — Atrophies.—Dégénérescenses.—Concrétions.—Gangrènes par Chantemesse .. ..

MEMOIRES

TABÈS DORSAL SPASMODIQUE CHEZ UN ADULTE [1]

OBSERVATION PERSONNELLE

Par C.-N. VALIN

Professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Ce malade, qui a éprouvé beaucoup de difficulté à se rendre jusqu'ici, est un cas excessivement intéressant et pour plusieurs raisons. Il s'est trouvé dans un hôpital anglais de cette ville pendant que siégeait le Congrès de la " British Medical Association," et cela lui a valu l'honneur d'être examiné par des *célébrités*, qui l'ont étiqueté *ataxique*. Le malade m'a affirmé et réaffirme devant vous que c'est bien *ataxie locomotrice* qui est le nom qu'on a toujours donné à sa maladie. Pour qu'un homme, non instruit, puisse retenir et répéter ces mots, il faut qu'il les ait entendus bien des fois. Du reste, la preuve qu'il en est bien ainsi existe dans le fait que, le malade, appartenant à un société de secours mutuels,a eu besoin d'un certificat de maladie et ce certificat comporte le diagnostic d'ataxie locomotrice.

Or, messieurs, malgré la responsabilité considérable que j'assume, je m'inscris en faux contre ce diagnostic. Voilà un des côtés intéressants de ce cas: il va falloir que je démolisse ce diagnostic par une discussion sérieuse et irréfutable qui entraîne votre conviction, puis, après ce travail de démolition, il faudra que je fasse œuvre de reconstruction sur des bases inébranlables, cette fois.

Pour moi, messieurs, le diagnostic doit être débattu entre *tabes dorsal spasmodique*, *sclérose en plaques*, *hystérie* et *pseudo tabes* par intoxication cuprique ou saturnine. Il faudra donner les raisons pourquoi on écarte la sclérose en plaques de forme spinale, la myélite par compression, la sclérose latérale amyo-

(1) Travail lu à la Société Médicale de Montréal, avec présentation du malade.

trophique, l'ataxie locomotrice. Comme vous le voyez, messieurs, ce cas sera non seulement intéressant par la discussion scientifique qu'il entraîne, mais aussi, profitable par l'excursion qu'il nous force de faire dans le domaine des maladies de la moëlle épinière qui par leur rareté relative sont moins connues des praticiens.

Et maintenant, examinons *très minutieusement* notre malade. Je dis très minutieusement, car c'est probablement pour n'avoir pas agi ainsi qu'on a erré dans le diagnostic, et d'ailleurs, la position de contradicteur que j'ai prise est trop grave pour ne pas m'entourer de toutes les précautions imaginables.

ÉTAT ACTUEL DU MALADE.

Age : *42 ans.* — Malade *depuis dix ans.* — *Apparence générale très bonne ;* le malade est gros, court, coloré, pèse 35 livres de plus qu'autrefois ; *sa nutrition générale n'est donc pas en souffrance,*

Motilité.—Comme vous l'avez constaté, Messieurs, en faisant marcher devant vous le malade, le symptôme prédominant est une *démarche spéciale* qui est comme suit : il marche comme un homme dont *les jambes sont raides, non flexibles*, il les traîne un peu en fauchant et rasant le sol ; *il y a adduction*, par conséquent usure de la semelle au bout et au côté interne ; pendant la marche, *les pieds ne quittent pas le sol*, ainsi, pendant que l'une des jambes sert d'appui au tronc, l'autre s'avance en rasant le sol sans presque le quitter, le malade cherchant à s'appuyer constamment sur les deux jambes à la fois. Cette difficulté de la marche s'explique par la *raideur des muscles et la faiblesse des jambes. Il ne frappe pas du talon, ne lance pas ses jambes en l'air* comme l'ataxique. Il n'a pas d'anesthésie plantaire qui est la cause que l'ataxique tâtonne plus ou moins longtemps le sol, ne pouvant pas en apprécier les qualités immédiatement. Si le malade rase le sol et s'y attache, c'est à cause de la *raideur et de l'amyosthénie musculaire.*

Pas de signe de Romberg ; peut marcher sur une ligne droite. S'il ne peut retourner brusquement sur lui-même avec facilité, ce n'est pas *par ataxie musculaire, ni dérobement des jambes*, ni manque d'équilibre, mais parce qu'il ne peut compter sur une seule jambe pour soutenir tout le poids du corps à la fois.

Raideur et faibbesse, voilà les deux caractères principaux de sa démarche.

La raideur et la faiblesse se retrouvent : 1° aux extrémités supérieures et expliquent la *maladresse* de ces parties. Par exemple, souvent, en voulant se gratter le nez, il se fourre le doigt dans l'œil. Le bras gauche est plus maladroit ; le malade le perd quelquefois dans le lit. Mais jamais les jambes n'ont perdu la notion de position. Il y a quelquefois crampes ; pas de tremblement. *Les extenseurs des mains sont plus faibles.*

Sensibilité.—Hypéresthésie, quelques rares points au genou gauche ; *pas de douleurs fulgurantes ;* pas de crises viscérales.

Anesthésie.—Plaques irrégulières, petites, disséminées au cuir chevelu, cou

épaule gauche, thorax latéral et postérieur gauche, abdomen gauche, *creux épigastrique*. La sensibilité est abolie dans ces trois modes : tactile, douloureuse et thermique, par conséquent *pas de dissociation de la sensibilité. Fourmillements.*

Réflexes.—Réflexe rotulien exagéré, pharyngien et pupillaire normaux.

Organes spéciaux.—Yeux, normaux sous tous rapports ; *pupille et papille normales. Pas de rétrécissement de champ visuel, pas de nystagmus, pas de dyschromatopsie*, etc. Les sens du goût, de l'ouïe, de l'odorat, génital normaux. *Pas de troubles trophiques*, pas de troubles cérébraux apoplectiformes, etc.

Commémoratifs.—Pas de traumatisme, ni syphilis, ni alcoolisme, ni fièvre typhoïde, ni rhumatisme—pas d'excès vénériens, ni de tabac. Ce qu'il faut relever c'est qu'il *a été polisseur de cuivre pendant 10 ans, qu'il a fait au surmenage physique* pendant 4 à 5 ans en travaillant à son métier de polisseur de cuivre pendant le jour et travaillant ensuite pendant la nuit à faire des maisons. Il dit qu'il a en outre subi grandement l'*action de l'humidité*. Il rapporte que la roue devant polir le cuivre tournant avec une rapidité extraordinairement violente, ébranlait le plancher et imprimait au corps un tremblement constant produisant finalement de l'engourdissement. Faisons remarquer que le polissage amène le métal à l'état de poussière très fine qui, voltigeant dans l'air à cause de sa tenuité extrême, pénètre dans l'organisme par les voies respiratoires et digestives. Autre remarque importante, c'est que le cuivre se trouve la plupart du temps sous forme d'alliage combiné au *plomb*.

Je relève ces particularités parce que le plomb est un facteur qui entre parfois dans l'étiologie de certaines parésies ou paralysies des extenseurs et autres syndrômes cliniques. Or, notre malade n'a certes pas beaucoup de symptômes de saturnisme, mais cependant *ses extenseurs sont spécialement atteints de parésie* puisqu'il ouvre difficilement sa main après l'avoir fermée sans aucune peine ; puis il a *l'haleine et le goût métalloidique ;* on dirait aussi qu'il y a une *ébauche de liséré gingival plombique.*

L'histoire de famille est excellente, il ne semble pas y avoir de tare névropathique transmise. Le malade a eu plusieurs enfants chez lesquels on ne peut trouver aucune trace de dégénérescence nerveuse.

L'analyse d'urine n'a révélé rien d'anormal. La seule chose à remarquer c'est la densité faible de 1010, laquelle avec la pâleur de l'urine dénote une nutrition retardante, c'est-à-dire un métabolisme diminué. La vie sédentaire du malade explique assez bien cela.

Voilà le chapitre de l'examen du malade au complet ; il s'agit maintenant, messieurs, de reprendre un par un tous ces éléments de diagnostic, d'en examiner la juste valeur, de les mettre chacun à leur place afin de construire un édifice à l'épreuve de la critique la plus sévère.

Et d'abord discutons le mérite du diagnostic d'ataxie locomotrice qui a été posé.

Je vous dirai, messieurs, que je ne comprends pas sur quoi on a fondé ce diagnostic. Qu'y a-t-il en effet de tabétique chez

ce malade? Presque rien, ce sont les fourmillements, les crampes aux jambes, les ilôts d'anesthésie, quelques rares points d'hypéresthésie, et c'est tout. Mais ces symptômes se rencontrent dans une foule d'autres maladies de la moëlle.

La démarche n'est nullement celle d'un ataxique, comme vous l'avez pu voir en examinant attentivement la démarche de mon malade. Vous le savez, l'ataxique ayant perdu le sens musculaire ne peut coordonner l'effort musculaire au but à atteindre, aussi il lance sa jambe dans l'espace d'une manière exagérée et désordonnée; de plus, ayant de l'anesthésie plantaire, il n'est plus averti par la sensation lorsque le pied touche le sol, il ne s'en rend compte que par le secours de la vue. L'ataxique lance son membre comme une guénille, son talon retentit sur le sol et il y a comme du tâtonnement à cause de l'absence de sensation.

Dans le cas présent, la démarche est tout à fait différente: au lieu de lancer son membre dans l'espace, il le traine au contraire sur le sol; au lieu de la mollesse, il y a raideur; le pied ne quitte pas le sol, le talon par conséquent ne retentit pas, au contraire, c'est la pointe de la semelle qui s'use davantage; le sujet affirme qu'il a la sensation parfaite des qualités du sol, qu'il sait parfaitement à quel instant précis son pied touche le plancher. Ajoutons à cela l'absence du signe de Romberg, du signe de Westphal remplacé au contraire par l'exagération du réflexe rotulien, l'absence de tout trouble visuel, de douleurs fulgurantes. On ne saurait constituer un syndrôme ataxique le plus écourté.

Notre malade, messieurs, est affecté de *tabes dorsal spasmodique*. Comme la plupart d'entre vous n'êtes pas familiers avec cette maladie, car elle est rare, permettez-moi de vous en tracer les traits caractéristiques, un portrait rapide, de sa physionomie clinique. Le syndrôme du tabes dorsal spasmodique, quoiqu'il ne présente aucun signe pathognomonique est pourtant suffisamment spécialisé pour qu'il soit facilement reconnu. Les symptômes qui le caractérisent le plus sont la *raideur et la faiblesse dans les membres, l'exagération dês réflexes, absence de troubles sensoriels.* Le *spasme*, voilà le phénomène

clinique initial et dominant. A cause de l'état spasmodique des muscles la démarche est caractéristique, la raideur des jambes oblige le malade à traîner son membre qui quitte à peine le sol. Ce spasme, léger au début, s'accentue à mesure que la maladie évolue et finalement rend la marche de plus en plus impossible. L'*appareil moteur est seul intéressé* pendant tout le cours de la maladie. *S'il survient quelques troubles de la sensibilité, ils sont à peine notables.* A mesure que l'état parétique augmente on peut constater une *trépidation* spontanée ou provoquée des membres inférieurs. *Pas de troubles cérébraux, ni dans la sphère génitale* si souvent et si rapidement intéressée dans l'ataxie locomotrice. Ce syndrôme spasmodique et amyosthénique *débute lentement vers l'âge de 30 à 40 ans. Les membres inférieurs sont les premiers atteints* et souvent restent les seuls atteints pendant tout le cours de la maladie. Mais souvent aussi les *membres supérieurs* sont envahis par la raideur et la parésie qui les rendent *maladroits.* La *nutrition générale reste excellente.* La maladie ne provoque en aucune façon une terminaison fatale, celle-ci est amenée par une maladie intercurrente.

Voilà, messieurs, un tableau des traits caractéristiques du tabes dorsal spasmodique.

Mais c'est absolument le tableau symptomatologique de notre malade. La maladie *a débuté à 32 ans*, lentement, insidieusement, s'annonçant d'abord par de la *faiblesse*, des *crampes* (spasme passager), *raideur, démarche spéciale* due à l'amoindrissement et à la *raideur des membres inférieurs*, la raideur est passée aux membres supérieurs, mais tout se résume aux deux phénomènes: *spasme* et *faiblesse*, et la santé générale s'est maintenue excellente, la preuve existe dans le fait que le malade a gagné 35 lbs en poids, il est pléthorique; sa démarche est exactement celle qui caractérise le tabes spasmodique; il n'a aucun trouble sérieux du côté de la sensibilité, les réflexes patellaires sont exagérés. Je ne crois pas, messieurs, que l'on puisse trouver deux évaluations morbides aussi parfaitement semblables. C'est donc du tabes dorsal spasmodique.

Or, qu'est-ce que le tabes dorsal spasmodique. Ce n'est certes pas perdre son temps, puisque l'occasion se présente,

que de bien poser la question et de bien y répondre, car il existe une certaine confusion apportée plutôt par la diversité de terminologie. Vous me saurez gré j'espère, messieurs, de faire pour vous ce travail de synthèse pathologique.

Pour simplifier les choses, et d'ailleurs pour être d'accord avec la clinique, disons qu'il y a deux classes de malades affectées de tabes dorsal spasmodique: les enfants et les adultes.

Chez l'enfant, on l'a appellé la *Maladie de Little*, parce que c'est Little, chirurgien anglais, qui, de 1846 à 1870, en a tracé le tableau.

Mais, ce médecin, comme cela arrive preque infailliblement dans les premiers jours d'une découverte médicale, a voulu trop généraliser cette nouvelle entité morbide. Les recherches postérieures ont fait connaître que la maladie décrite par Little n'est en somme qu'une variété des diverses paralysies infantiles. Toutes ces différentes modalités des myélites infantiles, qui ne diffèrent entre elles que par des nuances, s'expliquent par la diversité des lésions, des causes et des territoires envahis. Les points de contact d'un territoire médullaire avec son voisin engendrent quelque fois encore une complexité symptomatique qui a fait croire à des entités morbides différentes et autonomes, d'où il est résulté une nomenclature quelque peu complexe aussi. Ainsi, la maladie qui nous occupe portera, selon les auteurs, les noms de: maladie de Little, tabes dorsal-spasmodique (Charcot), diplégie cérébrale, paralysie spinale spastique de l'enfance (Erb), paraplégie spasmodique cérébrale (Heine), rigidité spastique congénitale des membres (Little).

Vous le voyez, messieurs, avant qu'une entité morbide soit bien précisée par les faits nombreux et bien controlés, la nomenclature est indécise, car elle dépend de l'idée plus ou moins juste que se fait chaque auteur de l'anatomie pathologique de la lésion. Voici, messieurs, comment Brissaud, qui a fait une étude excelente sur cette question, définit ce que l'on doit entendre par maladie de Little ou tabes dorsal spasmodique de l'enfance: "Une *paraplégie spasmodique* et *congénitale* des quatre membres, plus *prononçée aux membres inférieurs*, appartenant en *propre aux enfants nés avant terme*, caractérisée par

l'état spasmodique plus que par la paralysie, ne se compliquant ni de phénomènes convulsifs, ni de troubles intellectuels, et susceptible sinon d'une guérison complète, du moins d'une amélioration progressive." Messieurs, la définition est longue, mais elle nous donne une vue d'ensemble, une synthèse de la symptomatologie de la maladie.

Quant à l'*étiologie*, on croit que c'est un *arrêt de développement du faisceau pyramidal.* On prétend que cette partie des centres nerveux ne se trouve complètement formée qu'à la fin du 9e mois et que le développement extra-utérin ne se fait pas dans des conditions aussi favorables que dans l'œuf humain. Mais tout de même ce développement se fait, quoique plus lentement et peut-être plus imparfaitement, et cela explique la tendance naturelle vers la guérison. La maladie débute par la raideur et la parésie de sorte que les enfants marchent bien tard. La raideur peut-être si minime que les parents ne s'en aperçoivent pas et les médecins non plus. Ce qui facilite le diagnostic c'est l'absence de paralysie vraie, de convulsions, de troubles cérébraux qui la différencient de la méningite, la myélite, la paralysie infantile. Lorsque la raideur est très manifeste, non seulement la démarche est défectueuse, mais même la position assise est gênée à cause de la rigidité ou raideur des muscles de la cuisse qui prennent leur point d'attache sur le bassin. Les muscles contractés amènent les membres dans l'adduction, les genoux frottent l'un sur l'autre, la marche s'opère sur le bout des pieds. La raideur ne reste pas localisée aux membres inférieurs, elle s'installe aussi aux membres supérieurs et même à la face dont l'expression subit de l'altération. Il n'y a pas de troubles trophiques.

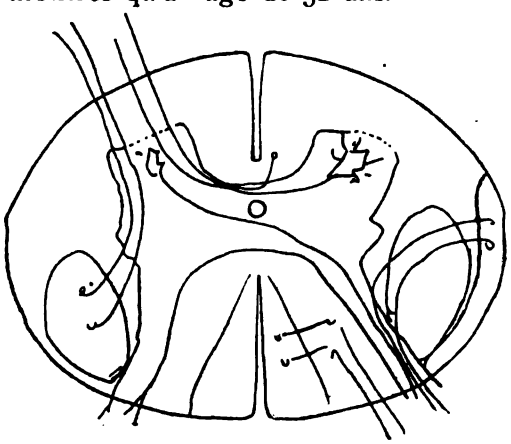
Chez l'adulte. Cette maladie, dans ce qu'elle a d'essentiel, c'est-à-dire, le spasme musculaire, la parésie sans paralysie, sans troubles intellectuels, ni de la sensibilité, ni des réservoirs vessie et rectum, se rencontre aussi chez l'adulte, mais avec une différence telle dans l'évolution qu'il est impossible de ne pas reconnaître que si le siège de la lésion est le même, la nature de cette lésion est autre, car chez l'adulte l'évolution est fatalement progressive; et encore, il y a à considérer que si, chez

l'enfant, la cause de la maladie est un arrêt ou trouble de développement du faisceau pyramidal, trouble provoqué par un accouchement prématuré, une compression dystocique, ou une infection fœtale, chez l'adulte, au contraire, il n'y a pas à invoquer les mêmes raiosns, puisque chez lui le faisceau pyramidal a atteint son entier développement. Si le siège de la lésion est le même, et il doit être le même puisque nous avons le même cortège symptomatique, la lésion est autre, et au lieu d'un trouble dans le développement ce doit être un *trouble dégénératif*, c'est-à-dire, *sclérose primitive ou secondaire des cordons latéraux*. Cette sclérose acceptée d'abord par Erb et Charcot comme étant le seul fait pathologique capable d'expliquer ce syndrôme fut combattu à la suite d'autopsies négatives, mais reconquit finalement le terrain perdu et la preuve de sa réalité à été fournie par Strümpell, Massalongo, Dreschfeld, Bernardt, Minkoski, Schultze et plusieurs autres encore. Pour Brissaud, cette maladie appartient à *une évolution viciée* d'un tissu ou d'un système. *C'est un trouble trophique* plutôt qu'inflammatoire parce que sa marche est trop lente, trop insensible, trop régulièrement progressive. Strümpell a trouvé, outre la sclérose symétrique des faisceaux pyramidaux, qui est la lésion prépondérante, une sclérose des cordons de Goll et des faisceaux cérébelleux directs, ce qui n'a pas lieu dans la maladie de Little. Cette conception de la pathologie de la maladie explique les troubles de la sensibilité qui se trouvent chez le malade que nous étudions actuellement.

Vous le voyez, messieurs, ce serait une ereur de croire que la maladie de Little et le tabes dorsal spasmodique de l'adulte sont identiques et synonymes puisque la nature de la lésion n'est pas la même — dans un cas, arrêt ou trouble de développement, dans l'autre, sclérose, c'est-à-dire, trouble dégénératif — et puisque aussi la marche clinique est si différente dans les deux cas. Il n'y a entre elles qu'un point de ressemblance, c'est le même territoire médullaire envahi, les faisceaux pyramidaux.

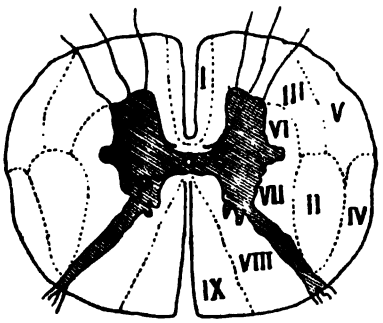
M. Strümpell a décrit une paralysie spinale héréditaire chez l'adulte ; mais chez mon malade il n'y a aucune hérédité semblable.

M. Gardié a fait une thèse en 1889 sur le non développement hérédo-syphilitique des cordons antéro-latéraux de la moëlle; mais notre malade dit avoir marché de bonne heure, il ne pourrait donc y avoir non développement des cordons latéraux par hérédo-syphilis. D'ailleurs les premiers symptômes ne se sont montrés qu'à l'âge de 32 ans.



Direction des fibres et communication des divers centres.

Mon diagnostic de tabes dorsal spasmodique est induscutable tant il s'impose. Je vous dirai que je n'aime pas ce mot tabes accolé aux mots dorsal spasmodique, et si j'en avais l'autorité, je le remplacerais par le nom plus significatif de *sclérose des cordons pyramidaux avec légère atteinte des cornes postérieures*, parce que sous cette dénomination on aurait comme l'image de la lésion et cela empêcherait la confusion que fait naître dans l'esprit le mot tabes, surtout chez ceux qui ne sont pas très au courant de la neurologie. En effet, messieurs, il n'y a rien de tabétique dans cette maladie, qui est plutôt un syndrôme, puisqu'elle n'a pas une personnalité qui lui soit propre. L'état spasmodique, la parésie peuvent être rencontrés dans d'autres maladies de la moëlle. Ce qui fait son individualité, ce n'est pas quelque symptôme pathognomonique, elle n'en a pas, c'est simplement *son évolution*. C'est une maladie des faisceaux pyramidaux et,



A. Corne antérieure. — P. Corne postérieure. — C. Colonne de Clarke.—I. Faisceau pyramidal direct. - II. Faisceau pyramidal croisé. — III Faisceau radiculaire antérieur.—IV. Faisceau cérébelleux direct.—V. Faisceau de Gowers.—VI. Partie motrice et vaso-motrice du faisceau mixte. — VII. Partie sensitive du faisceau mixte.—VIII. Faisceau de Burdach contenant dans son tiers interne la bandelette externe de Charcot et Pierret.—IX. Cordon de Gall.

tant qu'elle reste localisée à ce territoire médullaire, elle conserve sa personnalité qui est constituée par le syndrôme déjà décrit. Si nous jetons un peu les yeux sur la géographie de la moëlle épinière, nous nous rendons facilement compte de la raison de cette symptomatologie, mais aussi des dérogations qu peuvent arriver selon le plus ou moins d'envahissement par la sclérose sur des territoires contigüs. J'appele votre attention sur ce point, messieurs, car cette notion me servira à expliquer les troubles légers du côté de la sensibilité qui existent chez mon malade et sont plutôt des phénomènes parasites, accolés à la maladie principale, mais sans la défigurer. Pour se rendre compte de la symptomatologie propre à cette maladie, il faut se demander ce que sont les faisceaux pyramidaux et quelle est leur fonction. Le faisceau pyramidal croisé se trouve être l'un des faisceaux des cordons latéraux; c'est le faisceau le plus important parce qu'il transmet à la substance grise antérieure de la moëlle l'ordre que le cerveau envoie aux muscles par l'intermédiaire des nerfs moteurs. C'est là le mécanisme de l'acte volontaire. Pour remplir cette fonction il est en communication, par ses fibres longues et courtes, avec la substance grise antérieure de la moëlle et avec les divers segments de la substance grise. On conçoit déjà facilement quelle sera la conséquence d'une altération de ces faisceaux: si l'encéphale ne peut plus transmettre ses volontés, ou encore si, par défaut de transmission, les muscles ne reçoivent plus d'ordre ou le reçoivent à moitié, la *conséquence* sera une *diminution de motilité* d'où *parésie*.

Voilà un des symptômes fondamentaux expliqué.

Puis, dans les maladies des cordons pyramidaux, on constate en outre, un état spasmodique des muscles, cela s'explique très clairement par l'irritabilité ou excitabilité communiquée à la snbstance grise antérieure, à laquelle sont reliés ces faisceaux pyramidaux, d'où il résulte un état d'excitation musculaire amenant le spasme ou même la contracture et l'exaltation des réflexes tendineux. La moëlle, machine motrice, n'ayant plus de frein, fonctionne contamèment. Voilà l'autre moitié de cette entité morbide expliquée. Ainsi, messieurs, nous connaissons

non seulement ce syndrôme par ses symptômes, mais nous connaissons aussi la raison de sa symptomatologie. Chose à remarquer c'est que la motilité seule est en cause, et cependant notre malade présente quelques ilôts épars d'anesthésie, et de plus cette anesthésie se trouve presque entièrement localisée à gauche. La présence de cette anesthésie, qui défigure un peu l'individualité de la maladie est-elle suffisante pour compromettre mon diagnostic? Non, messieurs, vous avez déjà compris que cette anesthésie est un symptôme parasite, qui s'explique très bien par le fait que la démarcation de la sclérose ne s'est pas faite brusquement, mais qu'elle a envahi un tant soit peu le territoire voisin et ce territoire voisin et même contigü, c'est la corne postérieure, qui est la voie de transmission de la sensation douloureuse et thermique. Et si l'anesthésie prédomine presque exclusivement à gauche, c'est que l'envahissement par la sclérose ne s'est fait que d'un côté, sur une seule corne posthérieure, malgré la bilatéralité de la lésion.

Ainsi donc, ce symptôme, une fois analysé, expliqué et pesé à sa juste valeur, ne doit plus contribuer à aiguiller le diagnostic dans une fausse direction.

Etiologie. Charcot dit que les causes sous l'influence desquelles cette maladie se développe restent inconnues; mais il dit que *l'action prolongée du froid humide* a été notée dans plusieurs de ses observations. Or, parmi les commémoratifs relevés chez notre malade, il est fait une mention spéciale de l'*action prolongée pendant des années du froid humide*, dont l'action nocive a du être renforcée par celle du surmenage concomittant. Ce renseignement étiologique ne peut que raffermir le diagnostic énoncé. Fait remarquable à noter c'est que ce malade a un dossier vierge des infections qui jouent un rôle dans les maladies des centres nerveux. Ce renseignement contribue à éliminer la sclérose en plaques dont la cause par excellence est l'infection. J'ajouterai que la sclérose en plaques a son maximum de fréquence entre 20 et 30 ans, tandis que chez notre malade, la maladie a évolué entre 32 et 40 ans, absolument comme dans le tabes-dorsal-spasmodique.

Quoique je sois satisfait de croire que le froid humide est la

cause du mal dans ce cas, je n'aurais pas la conscience tranquille si je n'examinais la valeur de certaines circonstances consignées dans le chapitre des commémoratifs. Ainsi, est-ce que le syndrôme ne pourrait pas être dû à une intoxication par le cuivre ou le plomb, puisque le malade a été, pendant 10 longues années, en contact avec le cuivre allié au plomb? Il y a en effet chez notre malade quelques symptômes qui nous excusent d'examiner une telle hypothèse, ces symptômes sont: la parésie particulièrement prononcée aux muscles extérieurs des extrémités supérieures, le goût et l'haleine métalloïdique; une ébauche de liseré gingival, des plaques d'anesthésie, du spasme. Malgré la présence de ces signes, j'écarte le saturnisme, d'abord parceque ce cortège symptomatique n'est pas assez touffu et imposant, ensuite, parce que ces symptômes ne sont pas pathognomoniques et peuvent se rencontrer dans une foule de maladies de la moëlle. Par contre, l'absence de certains symptômes plus importants, je dirais nécessaires, est significative. Ainsi, la nutrition générale de notre malade est loin d'être en souffrance, son apparence contraste énormément avec celle du saturnin qui a une pâleur spéciale jaunâtre ou même grisâtre. L'anémie, chez les saturnins, dit Letulle, est une loi inéluctable. Et cela doit être puisque les hématies sont altérées profondément. La nutrition générale chez eux est frappée de déchéance qui se traduit par la pâleur, l'émaciation, l'essoufflement. Quelle différence avec ce malade qui est rougeaud, gras, bien portant! Notons encore, l'absence d'encéphalopathie, de paralysie réelle, de colique saturnine, de néphrite, de névrite optique. Enfin, une dernière remarque, c'est la présence, chez ce malade, d'une plaque d'anesthésie assez grande au creux épigastrique, ce qui est bien contraire à la distribution de l'anesthésie saturnine, qui respecte toujours cet endroit du corps, à tel point que Beau appelait l'épigastre la place d'armes de la sensibilité dans le saturnisme.

Quant au cuivre, peut-on l'incriminer avec plus de raison? Le malade a été polisseur de cuivre pendant 10 ans, il a donc été exposé à être imprégné par ce métal, c'est une circonstance qui me semblait digne d'attirer mon attention au point de vue

étiologique. Mais il est difficile de préciser la part plus ou moins grande que peut prendre le cuivre comme facteur étiologique, étant donné que les auteurs sont bien divisés au sujet de son pouvoir intoxicateur. Les uns l'accusent sérieusement d'intoxiquer l'économie et de produire des troubles généraux, sans cependant préciser sur quels appareils ce métal porte son action nocive. Il est à remarquer qu'aucun des grands traités classiques de médecine ne parle de l'intoxication par le cuivre. D'autres affirment avoir observé un très grand nombre d'ouvriers travaillant le cuivre et n'avoir jamais découvert les effets malfaisants de ce métal. La question, comme vous le voyez, est embarrassante, car si, d'un côté, les uns l'accusent, ils ne précisent pas en quoi consistent ses méfaits; d'un autre côté, les autres lui nient toute action nuisible sur l'organisme. Cependant on pourrait faire une hypothèse basée rationnellement sur les effets des autres intoxications bien connues. Ainsi les intoxications chroniques par le plomb, le mercure, l'arsenic, ont dans leur histoire clinique trois symptômes constants, ce sont: les altérations du sang (anémie), du système nerveux (paralysie, tremblement), de la nutrition (cachexie). Or, si le cuivre était le facteur étiologique dans le cas de notre malade, il se serait comporté comme ses congénères. Donc, le cuivre ne parait pas devoir être tenu responsable du syndrôme actuel.

La sclérose en plaques compose quelquefois une démarche à type spasmodique, c'est donc elle et non l'ataxie locomotrice que l'on aurait dû plutôt soupçonner. Permettez-moi d'ajouter à titre de renseignement utile, quelle peut aussi composer une démarche à type cérébelleux, c'est-à-dire vertigineux, pseudo-ataxique, qui peut faire errer le diagnostic. L'explication de ce phénomène se trouve dans le fait que le faisceau cérébelleux remonte jusqu'au cervelet, centre de coordination des mouvements. Nous devons rejeter la sclérose en plaques dans notre cas, à cause de l'absence de tremblement intentionnel, de trouble de la parole, de troubles oculaires, du facteur étiologique prépondérant, l'infection, les attaques apoplectiformes, les troubles de l'intelligence. Habituellement sa symptomatologie est très touffue, car elle a des symptômes spinaux, bulbaires et

cérébraux, si quelquefois elle peut être réduite à la seule contracture des membres inférieurs avec ou sans rigidité concomitante des membres supérieurs (Charcot), il est bien rare que dans l'espace de 10 ans la sclérose multiloculaire ne se trahisse par quelques-uns de ses signes caractéristiques.

Est-ce tout, messieurs, ou bien reste-t-il encore d'autres maladies nerveuses pouvant présenter quelque analogie clinique avec le cas que nous étudions? Oui, la sclérose latérale amyotrophique, la myélite transverse vulgaire, la myélite par compression, et il ne faut pas oublier l'hystérie qui peut tout simuler.

Sclérose latérale amyotrophique. Elle diffère du cas actuel par son atrophie musculaire précoce et encore par l'apparition de la parésie d'abord aux membres supérieurs.

Myélite. Plusieurs inflammation sclérogènes de la moëlle, pourvu qu'elles affectent les faisceaux latéraux dans une certaine étendue, sont susceptibles de faire naître la symptomatologie propre au tabes spasmodique, qui, comme nous l'avons vu, consiste surtout dans la raideur, le spasme, la parésie, et l'exaltation des réflexes. Mais l'absence de troubles vésicaux permet d'éliminer la myélite transverse chronique.

La compression de la moëlle s'accompagnerait de pseudo-névralgies que n'existent pas chez notre malade.

L'hytérie. L'année dernière,, vous vous en souvenez, messieurs, je vous ai présenté une observation de pseudo-tabes de nature hystérique qui avait été diagnostiquée tabès vrai par un professeur neurologiste anglais. Cette observation a contribué à mettre en évidence le génie simulateur de l'hystérie et à poser la règle clinique que, dans tous les cas en neurologie, il ne faut pas s'en laisser imposer par un syndrôme qui semble facile à étiqueter et qu'il faut dans tous les cas, qu'ils paraissent ou non équivoques, chercher la perfide névrose. Eh bien, messieurs, je l'ai cherchée avec soin, mais en vain. Mon malade n'appartient pas à une famille névropathique; il n'a jamais eu de stigmates névrosiques; il a bien des ilôts d'anesthésie, mais ils sont petits et disséminés sans ordre, se distinguant de l'anesthésie hystérique qui affecte presque toujours des formes particulières

et caractéristiques telles que en manchette, en gigot, en manche de veste, en botte.

Je ferai remarquer l'absence d'anesthésie du pharynx, de zônes hystérogènes, l'absence surtout de rétrécissement concentrique du champ visuel, considéré comme un signe presque pathognomonique d'hystérie, enfin l'absence de stigmates sensitivo- sensoriels et psychiques J'ai donc toute raison de croire, messieurs, après avoir donné sérieusement la chasse à l'hytérie, qu'elle n'est pas ici en embuscade pour me jouer un vilain tour. Dans tous les cas, si cela était, je rendrai les armes avec les honneurs de la guerre, car j'aurai fait mon devoir en cherchant l'ennemi.

J'ai fait, messieurs, un long et sérieux tamisage, eh bien, ce qu'il reste sur le tamis c'est mon premier diagnostic de tabès dorsal spasmodique, ou si vous permettez la correction que j'ai proposée pour éviter toute confusion, créée par le terme de tabès: *Sclérose des cordons pyramidaux avec légère atteinte des cornes postérieures.*

C'est un cas à forme bien classique, messieurs, profitez-en pour bien retenir sa physionomie afin d'éviter l'erreur grossière commise pas nos confrères anglais. Car, il y a plus qu'un plaisir bien légitme de démêler une question de diagnostic difficile, il y a aussi la question du pronostic, si importante pour le malade.

Or, dans ce cas, le pronostic est beaucoup moins sombre et décourageant que si c'était de l'ataxie. Dans l'ataxie locomotrice, c'est un effondrement général de l'organisme, entraînant des incommodités innombrables et décourageantes; tandis que dans la sclérose des cordons pyramidaux, malgré la marche progressive de la lésion et de ses conséquences, elle n'entraîne pas cependant un cortège de maux et, à part l'accentuation de la parésie et de la raideur spasmodique qui condamnera le malade à l'immobilité, celui-ci aura une vie plus longue et plus supportable, ayant la jouissance de tous ses sens et de ses facultés mentales.

VACCINATION ET REVACCINATION

Par H. HERVIEUX

Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu

---

Sujet d'actualité s'il en fut! La règle de vaccination obligatoire vient d'être établie, et cette mesure a été prise après sage délibération. En effet, un peu partout, dans la province, la variole fait son apparition.

Rigaud, St-Rémi, St-Henri de Montréal, Montréal, en pleine rue St-Denis, Québec, etc., etc., ont été plus ou moins visités par l'épidémie qui, on ne peut plus bénigne aujourd'hui, peut, demain, revêtir un caractère plus grave.

C'est donc en toute connaissance de cause, et avec infiniment de raison que l'on a décrété la vaccination obligatoire, et bon gré mal gré, l'on devra s'y soumettre. C'est ainsi que tout le monde sera protégé, quelques-uns contre leur incurie insconsciente.

Ce n'est pas tant dans le but d'appuyer le Bureau Provincial d'Hygiène, dans l'exercice, par moments difficile, de ses fonctions, que dans le désir de porter chez tout le monde et surtout chez tous les médecins la ferme conviction de la nécessité de la vaccination et de la revaccination, que ces lignes sont écrites.

Voilà qui paraît quelque peu étrange! Y a-t-il donc encore des médecins qui n'ont pas foi dans cette mesure de prophylaxie?

A voir la conduite de certains de nos confrères, qui se montrent plutôt tièdes, en conseillant la vaccination, et qui surveillent si peu leur technique, en pratiquant l'inoculation, l'on dirait vraiment qu'ils font ce qu'ils peuvent pour jeter du discrédit sur cette méthode d'immunisation.

Et d'ailleurs, le temps n'est pas si éloigné encore, où des médecins, d'une position sociale et professionnelle remarquable, se faisaient les champions de l'erreur et de la résistance, en se posant publiquement comme antivaccinateurs.

Les antivaccinateurs, dans la profession, pouvaient être de

bonne foi anciennement, les statistiques alors n'étaient pas aussi complètes que de nos jours et conséquemment ne portaient pas aussi sûrement la conviction.

Maintenant, il ne serait plus permis, il me semble d'être anti-vaccinateur et de rester honnête, l'on devrait pour le moins accuser celui qui ne voudrait pas reconnaître l'excellence de ce moyen prophylactique, de ne pas chercher à se renseigner en consultant les statistiques.

Les chiffres sont fort ennuyeux, je le sais, mais ils sont aussi bien convaincants. A tel point que je ne puis résister à l'envie d'en citer quelques-uns que je prends dans le numéro de mars 1896 de l'UNION MÉDICALE du Canada. C'est un bout de statistique très suggestif et qu'il fait bon de remettre sous les yeux :

A BERLIN : de 1781 à 1805, la variole faisait *3422 victimes* par million ; après l'importation de la vaccine de 1810 à 1850, elle n'a fait mourir que *176 individus* par million d'habitants ;

A TRIESTE : de *14,000* par million d'habitants, la mortalité par variole est descendue à *182* par million de 1838 à 1850, après l'introduction du vaccin.

Et la mortalité baisse encore davantage quand la vaccination devient obligatoire ; 18 sur 100.000 habitants en Suède ; 7 sur 100.000, en Angleterre.

En Allemagne, ou la *revaccination* même est obligatoire, la mortalité est de 2 par 100.000 et complètement nulle dans l'armée.

Personne ne peut contester l'éloquence de ces chiffres et les quelques accidents que l'on met naturellement sur le compte de la méthode et qui, dans bien des cas, peuvent être imputés à l'opérateur, sont des arguments bien futiles en face de semblables résultats.

Si donc, nous voulons remplir en son entier, notre devoir professionnel de protecteurs et d'éducateurs du peuple, armons-nous d'un beau zèle scientifique et travaillons ferme à faire accepter par tous nos clients la vaccination et la revaccination.

La vaccination devrait être la règle universelle et tout le monde, au pays, devrait être vacciné la première année de la

naissance. Ceci devrait être obtenu naturellement, sans qu'il soit besoin de lois coercitives et par la seule persuasion exercée par les médecins de famille.

Les conseils du médecin obiendraient facilement le consentement des parents, et une technique irréprochable d'inoculation serait le meilleur moyen d'établir chez tous la certitude de l'innocuité complète de la vaccination.

En très peu de temps, de cette manière, nous aurions une nouvelle génération immunisée pour un temps assez long et relativement peu exposée à prendre la variole, du moins une variole grave, pour le reste de la vie. Mais nous savons que l'immunité ainsi obtenue par la vaccination n'est *complète* que pendant un temps indéterminé, assez long, de trois à sept années.

Nous sommes même d'avis que ce temps d'immunité varie assez avec chaque sujet, les uns restant immunisés plus ou moins longtemps que les autres, selon leurs qualités constitutionnelles.

Aussi nous devrions prêcher la revaccination à certaines périodes, qui devraient revenir au moins tous les sept ans.

Et dans le cas d'une épidémie naissante ou menaçante, nous devrions nous employer de toutes nos forces à faire accepter, par tout le monde sans exception, la revaccination immédiate. Je dis tout le monde sans exception. Un client, eût-il été vacciné dans le mois, devrait être revacciné durant un temps d'épidémie. S'il est immunisé, cela ne tire pas à conséquence, puisque l'épreuve ne réussira pas, et qu'il n'y a aucun danger quelconque à redouter.

Les anciens variolés eux-mêmes ne devraient pas hésiter à se faire *revacciner* en temps d'épidémie, dans le simple but de mettre à l'épreuve leur propre immunité.

Une question en terminant:

Doit-on revacciner ceux que l'on a déjà vaccinés et qui ont résisté au vaccin, en d'autres termes, ceux chez qui le vaccin *n'a pas pris?*

Sans hésitation, l'on doit faire subir deux ou trois épreuves successives à ces personnes, en surveillant toujours plus étroite-

ment, chaque fois, notre technique d'opération, pour en arriver à la conclusion raisonnable que la personne qui résiste est réellement immunisée, et qu'il n'y a pas lieu d'accuser le vaccin ou le vaccinateur de l'insucès de la vaccination.

De plus, il faudra recommencer en temps d'épidémie.

Je connais des personnes qui ont été vaccinées plusieurs années de suite sans succès, pour, à un moment donné, après vaccination ordinaire, voir un beau grain de picote s'étaler sur leur bras.

Ceci ne présente rien d'extraordinaire, dira-t-on, car une personne peut très bien être en état d'immunité cette année et ne plus l'être l'an prochain.

J'en connais aussi d'autres qui ont vu leur vaccin réussir après deux ou trois vaccinations immédiatement consécutives les unes aux autres. Faut-il dans ce cas accuser la méthode ou la technique, ou bien la dernière vaccination est-elle arrivée au moment psychologique, c'est-à-dire à l'instant juste où l'immunité précédemment acquise ou naturelle cessait d'exister?

Impossible de répondre d'une manière précise à ces questions, et, le pourrions-nous, que cela ne nous avancerait pas beaucoup; pratiquement, il suffit de savoir que le fait existe pour être sur nos gardes et ne pas encourager nos clients dans une fausse sécurité après une première vaccination sans succès.

Nous devrions donc dire: " La vaccination est *absolument* nécessaire, et la revaccination l'est tout *autant*."

ORGANISATION DU BUREAU DE SANTÉ DE MONTRÉAL EN RAPPORT AVEC LES MALADIES CONTAGIEUSES (1)

Par J.-E. LABERGE

Médecin en chef à l'Hôpital des maladies contagieuses.

I. Préliminaires.

Comme vous le savez, le Bureau de Santé de la ville Montréal a été complètement réorganisé. On a pensé devoir, pour en faciliter le bon fonctionnement, le diviser en quatre sous-départements qui sont toujours sous le contrôle et la direction éclairée du médecin officier de santé, le docteur Louis Laberge.

J'ai été chargé du sous-département qui a pour but la lutte contre les maladies contagieuses.

Comptant sur votre concours et sur votre appui, pour me faciliter cette tâche ardue, j'ai accepté la direction de ce sous-département.

La responsabilité qui m'incombe est grande et les moyens que nous avons à notre disposition sont bien minimes pour lutter efficacement contre les maladies contagieuses; mais, avec l'assistance de la profession médicale, j'ose espérer que cette tâche pourra être menée à bonne fin, sans trop de difficultés. C'est avec cette espérance, avec l'autorisation de monsieur le Président et de mon chef, monsieur le docteur Louis Laberge, que j'ai l'honneur de me présenter devant vous, pour étudier cette importante question: *La lutte contre les maladies contagieuses*, pour voir comment disposer, agencer les moyens mis à notre disposition afin d'en obtenir le meilleur résultat. Je ne viens certainement pas vous demander d'établir le fait que les moyens mis à notre disposition sont insuffisants; je viens simplement vous prier de m'aider à faire le mieux

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 29 octobre 1901.

possible avec ce que nous avons. Si nous ne pouvons faire plus, cette année, nous pouvons toujours jeter les bases d'une organisation; l'an prochain, espérons que le Conseil de Ville votera les fonds nécessaires pour établir sur un pied d'efficacité cet important département, duquel dépend la santé publique.

Certainement, il est hors de propos de passer ici en revue les raisons pour lesquelles tout médecin doit se faire un devoir constant d'améliorer les conditions hygiéniques de son entourage, de sa clientèle, de son quartier et de sa ville. Il est du devoir de tout médecin vraiment digne de ce nom, de faire tout en son pouvoir pour prévenir les maladies. En agissant ainsi, il gagne l'affection de sa clientèle, le respect de ses confrères, et fait une œuvre vraiment patriotique et humanitaire. La science de l'hygiène est comparativement nouvelle, mais le public s'intéresse beaucoup à ces questions, non seulement parce que de l'observation de ses lois dépend son bien être, mais aussi en raison de sa nouveauté. Il est donc très facile, pour le médecin de famille, de se faire l'apôtre de l'hygiène, le propagateur de ses lois, l'éducateur du peuple. Le citoyen atteint dans sa famille par le fléau des maladies contagieuses, s'il est bien conseillé par son médecin, recevra toujours avec bienveillance les officiers du Bureau de Santé et leur rendra moins pénible l'accomplissement de leur devoir, car s'il comprend bien que ces employés du bureau de santé viennent chez lui pour empêcher toute cause d'infection de se propager, ou pour la faire disparaître et rendre son logement plus salubre, je me demande pourquoi ne serait-il pas heureux de cette visite?

Je ne crois pas à l'efficacité des lois draconiennes en matière d'hygiène et il me semble qu'on peut obtenir beaucoup par la persuasion. C'est pourquoi je crois votre concours indispensable pour lutter efficacement contre les maladies contagieuses qui, malheureusement, viennent nous visiter bien souvent, pour faire disparaître chez le peuple ignorant les préjugés qui existent contre tout ce qui est apporté par ceux qui portent des habits à boutons jaunes.

II. Désinfection.

Chaque fois qu'un cas de maladie contagieuse se déclare dans la clientèle d'un médecin, celui-ci est obligé par la loi d'en prévenir le bureau de santé le plus tôt possible. Alors, le dit bureau doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la population contre les dangers de l'infection. Il est donc du devoir du bureau de santé de prendre charge ou de surveiller attentivement tout cas de maladie contagieuse dans l'intérêt de la santé publique.

Il est désirable que, chaque fois qu'un cas de maladie infectieuse ne peut être isolé convenablement à domicile, le malade soit envoyé à l'hôpital des maladies contagieuses aussitôt que possible et que la maison soit désinfectée aussitôt après son départ. Lorsque le patient reste chez lui, il doit être confiné dans une chambre complètement isolée des autres pièces: tout ce qui est apte à recevoir des microbes et dont la désinfection ne se fait que difficilement doit être enlevé de cette chambre, tel que: tapis, rideaux, chaises bourrées, etc., etc., qu'un drap soit suspendu dans la porte et bien étalé pour empêcher les courants d'air infectés d'aller de l'intérieur vers l'extérieur; que ce drap soit continuellement tenu humide par des solutions désinfectantes. Personne d'autre que le médecin traitant ou l'inspecteur du bureau de santé ne sera admis à visiter le malade ou l'infirmier qui en predra soin; un placard, indiquant le danger d'infection, sera mis sur la porte. Si ces conditions sont remplies et observées rigoureusement, à la satisfaction du bureau de santé, il ne sera pas absolument nécessaire de mettre toute la maison en quarantaine. Lorsque la famille s'est opposée au transport du malade à l'hôpital, et s'il n'est pas possible d'isoler convenablement le malade chez lui, il faudra de toute nécessité isoler complétement toute la maison, ne permettre à aucun occupant d'en sortir et en défendre l'entrée aux étrangers. Dans les cas où ces ordres seraient violés, il faudrait mettre, jour et nuit, à la porte, un gardien, dont le devoir sera de faire observer ces règlements de quarantaine, ou obliger le malade à aller à l'hôpital. Ces mesures ne seront pas populaires au début, mais

l'éducation du peuple se fera avec le temps, et surtout avec votre concours. Il ne faut pas perdre de vue que les devoirs d'un bureau de santé sont de protéger l'ensemble de la population. Le bureau de santé a deux médecins pour faire cette inspection et voir à ce que les règlements du bureau soient bien observés.

Lorsque la famille consent au transport du malade à l'hôpital, le médecin de famille téléphonera à l'hôpital civique pour réquérir une des voitures affectées spécialement au transport de ces malades, établissant toujours la nature de la maladie. Immédiatement, la voiture ira chercher le malade en question, et une infirmière accompagnera toujours l'ambulance. Après chaque voyage l'intérieur de la voiture, les couvertes et le matelas seront désinfectés.

Aussitôt après son arrivée, le patient recevra les soins que nécessite son état; le médecin de famille est admis à visiter son patient quand il le jugera à propos, mais ces visites devront toujours être faites en compagnie du médecin de l'hôpital, qui a charge du patient et qui administre le traitement.

Malheureusement, l'hôpital civique est aménagé de façon que l'on ne peut recevoir que trois sortes de malades: ceux souffrant de scarlatine , de diphtérie et de variole. Nous n'avons pas d'accomodation pour recevoir les autres malades qui devront nécessairement être isolés à domicile.

Lorsque tout danger de contagion aura cessé, soit par le retour à la santé du malade, ou de son transport à l'hôpital, le médecin de famille devra prévenir le bureau de santé pour la désinfection, qui se fera par le souffre ou la formaline pour les appartements, et par la vapeur sous pression pour les tapis, tentures, matelas, etc. Une voiture spéciale, bien fermée, ira chercher ces effets pour les transporter à l'étuve, une autre voiture ira les rapporter à leur propriétaire, quand ils auront été désinfectés.

Pendant la désinfection de leur maison, les occupants pourront habiter une maison que la ville de Montréal met à leur disposition; cette maison est situées au coin des rues Mont-Royal et Avenue du Parc.

Pour faire cette désinfection nous n'avons qu'un désinfecteur et son assistant, mais, en cas de besoin, on pourra engager d'autres personnes. La moyenne des maisons désinfectées, l'an dernier, a été de huit par jour, avec un minimum de deux désinfections par jour et un maximum de dix-huit par jour.

Pour obtenir de la désinfection le maximum d'efficacité, soit avec le souffre, soit avec la formaline, il faut que les trous, les fentes, les craques, enfin toutes les ouvertures soient complètement fermées.

Ce travail est long, et un homme ne peut faire plus de quatre maisons par jour, s'il fait son ouvrage consciencieusement, comme cela doit être fait.

La désinfection à l'étuve sera faite par un ingénieur qui devra faire fonctionner l'engin, qui collectera les objets destinés à être désinfectés et qui les rapportera au propriétaire. Cet employé devra faire une liste de tous les objets qu'il apportera à l'étuve, devra faire signer cette liste par le propriétaire avant la livraison et après la remise des objets. Cette liste devra être portée au Bureau de Santé.

Beaucoup d'objets ne peuvent être désinfectés par la vapeur, exemples: les cuirs, les fourrures, le caoutchouc, etc.; il faudra les laisser dans la chambre exposée aux vapeurs désinfectantes. En outre de cette désinfection par les employés du bureau de santé, le médecin de famille devra faire comprendre aux gens toute l'importance d'un bon nettoyage; il devra les engager à faire eux-mêmes une autre désinfection en lavant avec du bichlorure ou toute autre substance, que le bureau de santé mettrait gratuitement à leur disposition, leurs meubles, les planchers, les murs et les plafonds de leur établissement. La désinfection n'est jamais trop bien faite; c'est certainement le point capital pour prévenir la santé publique des atteintes d'épidémies de toutes sortes.

Cette opération n'est pas facile comme on semble le croire trop généralement, elle demande un personnel suffisant et compétent. Certains médecins croient, avec assez de raison, que la désinfection faite à demi est plus dangereuse qu'utile, parce que, quand il n'y a pas eu de désinfection du tout, on

sait qu'il y a, dans telle ou telle maison, danger, et on prend ses précautions, on n'y va pas; mais si la désinfection a été mal faite, on se repose sur une fausse sécurité qui peut avoir des conséquences assez sérieuses.

III. Maladies contagieuses.

Les maladies considérées maintenant comme contagieuses et que les médecins devraient toujours déclarer au bureau de santé, afin de prendre les précautions nécessaires pour en prévenir la dissémination, sont les suivantes:

1° Diphtérie;
2° Fièvre scarlatine;
3° Picotte (Picotte volante);
4° Fièvre typhoïde;
5° Rougeole;
6° Tuberculose.

1° *Diphtérie.* — Lorsqu'un médecin a dans sa clientèle un cas qu'il a raison de suspecter être de nature diphtéritique, il doit aussitôt ensemencer un tube de sérum coagulé, avec l'exsudat qu'il prend dans la gorge de son malade et envoyer le tube au laboratoire municipal de bactériologie, qui est à l'hôpital civique. Vingt-quatre heures après réception de ce tube, on fera l'examen de cette culture et le médecin sera averti du résultat. En attendant le résultat de cet examen, par mesure de précaution, le malade devrait être isolé des autres membres de la famille et il vaudrait mieux faire une injection de sérum immédiatement. Cette médication n'offre aucun danger et, administrée au début de la maladie, empêchera l'infection d'envahir l'économie si l'on a affaire à un cas de diphtérie. Je crois que la ville de Montréal devrait fournir du sérum *gratis* pour les pauvres, à utiliser dans ces cas douteux, et que le Bureau de Santé délivrerait, lorsque le médecin en ferait la demande. Si le diagnostic bactériologique établit que l'on a affaire à de la diphtérie, le malade doit être alors complètement isolé dans une chambre ne contenant ni tapis, ni meubles bourrés, etc. Cet isolement doit être complet à la satisfaction du Bureau

de Santé. Le médecin qui traite ce malade devra donner des instructions pour empêcher ce malade de cracher par terre, mais de recueillir son expectoration dans des chiffons qui pourront être brûlés ou, encore mieux, dansd es crachoirs contenant une solution antiseptique. Il serait aussi à désirer que le médecin envoyât une carte postale au bureau de santé, établissant qu'il a un cas de maladie contagieuse dans sa clientèle, la source probable de la contagion et l'adresse du malade, l'école que fréquentent les enfants, la fabrique où travaillent les parents, le nom et l'adresse du laitier, l'état sanitaire de la maison. Tous ces renseignements sont de la plus grande utilité, afin d'enrayer toute source de contagion.

Si les parents consentent à envoyer le malade à l'hôpital, l'ambulancier n'ira chercher ce malade que lorsque le médecin en aura fait la demande.

Après le départ du malade, ou bien après la guérison, qui devra toujours être établie par une culture négative sur sérum coagulé, le bureau de santé fera la désinfection. Le Bureau de Santé, d'après les renseignements qu'il aura reçus du médecin de famille, lesquels renseignements sont d'une nature absolument confidentielle, avertira les autorités de l'école de la nature de la maladie qui existe chez tel élève, il avertira les patrons chez qui travaillent les parents, et les médecins inspecteurs visiteront ces écoles et ces manufactures pour s'assurer s'il n'y a pas d'autre malade, et enrayer toute cause de contagion. Une attention toute spéciale sera dirigée du côté du laitier; quoique le département de l'analyse des produits alimentaires soit différent de celui de la lutte contre les maladies contagieuses, nous sommes tous solidaires les uns des autres et la division du bureau de santé n'empêchera pas le travail d'ensemble.

2° *Fièvre Scarlatine.* — C'est une maladie éminemment contagieuse, et contre laquelle malheureusement, nous n'avons pas de traitement. Raison de plus pour pratiquer l'isolement et la désinfection d'une façon complète. Tout médecin, même en présence d'un cas douteux de fièvre scarlatine, doit en avertir les autorités sanitaires qui enverront un médecin inspecteur pour l'aider dans son diagnostic, partager avec lui la responsa-

bilité et voir à ce que le malade soit convenablement isolé. Lorsque le cas est bien confirmé, le malade devra être isolé dans une chambre séparée des autres appartements, une seule personne en prendra soin, qui demeurera elle-même isolée avec son malade et aucune autre personne, si ce n'est le médecin de famille et le médecin inspecteur du bureau de santé, ne pourra pénétrer dans cette chambre. Si cette isolement ne peut se faire convenablement à domicile il faudra transporter le malade à l'hôpital ou bien mettre toute la maison en quarantaine; personne ne pourra y entrer et personne ne pourra en sortir. Tous les effets de lingerie qui auront servi au malade devront être immergés dans une solution antiseptique en attendant qu'ils soient passés à l'étuve; la chambre où se trouve le malade ne devra contenir que les meubles absolument nécessaires et pouvant se désinfecter facilement; il faudra recommander à la garde-malade d'essuyer souvent le plancher avec un linge imbibé d'une solution désinfectante, enlever toutes les poussières, tous les débris de peau qui peuvent tomber sur le plancher, recevoir avec de vieux morceaux de linges qui pourront être brûlés ensuite sans grande perte, les exsudats qui s'écoulent du nez ou de la bouche. Il ne faut pas oublier que cette maladie peut se transmettre pendant la convalescence et tant que la desquamation n'est pas complètement finie, tant que persisteront les écoulements du nez, des oreilles où du ganglion suppuré, il faut tenir ces malades isolés. Après la convalescence, ou après le départ du malade, une désinfection complète devra être faite par le Bureau de Santé; les habits qui ne peuvent être passés à l'eau bouillante, les matelas, les tapis, les rideaux devront être désinfectés à l'étuve. Lorsque la désinfection sera faite, il faudrait recommander un ménage complet, lavage des planchers, des murs, des meubles, des boiseries, avec une solution désinfectante. Les drains devront être désinfectés et mis en bon ordre. On considère que la période d'incubation de la scarlatine est de huit jours; on conseille donc d'attendre après ces huit jours avant d'envoyer les enfants à l'école, après que la désinfection aura été faite.

3° *Variole, varioloïde, vaccination.* — En raison de la res-

semblance de ces deux maladies au début, et des méprises regrettables qui pourraient en résulter, et en outre pour faire disparaître autant que possible une maladie qui, quoique peu grave, est très contagieuse et excessivement désagréable, je crois que le bureau de santé devrait désinfecter les locaux ou il y a eu de la varioloïde et débarrasser autant que possible, la ville de cette maladie si ennuyeuse et si dégoûtante.

La variole est le fléau que l'on a le plus de facilité à enrayer ici, parce que toute personne atteinte de variole doit être transportée à l'hôpital; aussitôt après son départ, la maison est désinfectée et les personnes qui sont venues en contact avec ce malade sont mises en quarantaine pendant deux semaines et vaccinées. C'est là un règlement rigoureux, en présence des résultats obtenus dans les cinq dernières années, il faut en reconnaître l'efficacité et la nécessité.

Il y a un traitement préventif de cette terrible maladie, ce traitement vous le connaissez tous, c'est la *vaccination*. Il est bien malheureux de constater l'apathie, l'indifférence de certaines familles pour un traitement si simple et qui ne coûte rien. C'est ici surtout que les médecins devraient venir en aide au bureau de santé, soit en vaccinant eux-mêmes leurs clients, soit en les engageant à se faire vacciner par les employés du Bureau de Santé, sans attendre que la picotte soit à nos portes. Tous les jours nous vaccinerons gratuitement au Bureau de Santé ceux qui se présenteront; le vaccin est donné gratuitement à tout médecin qui en fera la demande et, sur avis, un vaccinateur, employé par la ville, ira vacciner à domicile. Nous avons tous intérêt à prévenir le fléau qui a fait tant de victimes en 1885 et qui a coûté si cher à la ville de Montréal.

Le seul moyen de prévenir ces désastres, c'est la *vaccination* mais nous ne pouvons pas obtenir des résultats satisfaisants sans votre concours; nous comptons donc sur votre assistance pour mener à bonne fin cette campagne en faveur de la vaccination.

4° *Fièvre typhoïde.* — Quoique, dans certaines circonstances, la contagion de la fièvre typhoïde puisse être enrayée, elle n'en reste pas moins une maladie contagieuse qui, tous les ans, fait

un trop grand nombre de victimes. La contagion, comme vous le savez, se fait soit par les matières évacuées par les intestins, soit par l'urine, et, d'une façon indirecte, par l'eau et le lait. Il est donc important que le bureau soit informé de tout cas de fièvre typhoïde qui se présentera dans votre clientèle. Pour faciliter ce diagnostic, le laboratoire municipal de bactériologie fera toujours le séro-diagnostic lorsque vous le désirerez; vous n'avez qu'à envoyer une goutte du sang du malade au laboratoire et vous recevrez, le jour même, la réponse.

Dans cette maladie, comme dans les autres maladies contagieuses, il faut prendre de grandes précautions pour éviter la contamination; il faut désinfecter soigneusement les selles et l'urine des malades; après guérison, la désinfection de la maison devra être faite par les employés du Bureau de Santé.

Comme le lait est un véhicule qui souvent apporte la fièvre typhoïde, il serait à désirer que le Bureau de Santé connaisse toujours le nom du laitier qui fournit du lait aux familles qui ont été atteintes par la fièvre typhoïde et fasse des recherches constantes pour s'assurer si tel ou tel laitier ne transporte pas avec le lait les germes de la fièvre typhoïde.

5 *Rougeole.* — Malheureusement nous n'avons pas de local pour recevoir les malades atteints de rougeole; l'hôpital civique est aménagé pour ne recevoir que de la diphtérie, de la fièvre scarlatine et de la variole. Cependant, cette maladie est éminemment contagieuse.

Il faudra donc faire l'isolement à domicile, et les plus grandes précautions devront être prises si l'on veut éviter la dissémination de la maladie. Autant que possible, il faut isoler le malade dans une chambre séparée et que personne n'y entre, si ce n'est le médecin. Lorsque la maladie sera terminée, le médecin de famille devra en avertir le Bureau de Santé, comme il a dû le faire au début de la maladie. La rougeole, il est vrai, n'est pas considérée comme une maladie très grave, cependant elle a un certain nombre de victimes à son actif, et je ne vois pas pourquoi on ne protégerait pas la population contre une maladie aussi contagieuse et plus sérieuse qu'on ne le pense généralement. Donc, ici comme dans les autres affections de nature infectieuse, il faut isoler d'abord, et désinfecter après guérison.

6° *Tuberculose.* — La tuberculose est causée par un bacille particulier que vous connaissez tous. Ce bacille croît en quantité considérable dans les poumons des tuberculeux, et l'expectoration de ces malades contient un nombre plus ou moins considérable de ces bacilles. Lorsque le crachat est desséché dans la chambre, il peut être pulvérisé, les différentes particules en sont disséminées dans l'air, et les personnes qui respirent cet air peuvent inhaler des bacilles et devenir tuberculeux après un temps plus ou moins long. Combien de ces cas ne rencontrez-vous pas dans votre pratique journalière? Comme vous le savez, la consomption n'est pas nécessairement une maladie héréditaire, elle est plutôt une maladie contagieuse au plus haut chef. Je crois donc qu'il est du devoir du Bureau de Santé de faire un effort énergique pour enrayer autant que possible ce fléau qui fait tant de ravages. Vous me direz peut-être: mais pour arriver à un bon résultat, il faudrait un hôpital pour recevoir et traiter les consomptifs qui traînent les rues, qui contaminent les hôpitaux et qui infectent les édifices publics. Je crois bien que l'on ne peut enrayer la tuberculose avec les moyens mis à notre disposition, mais nous devons faire quelque chose, et ce quelque chose est déjà beaucoup. Nous pouvons, par exemple, faire la recherche du bacille tuberculeux dans les crachats qui nous sont envoyés au bureau de santé, faire pour la tuberculose ce que nous faisons pour la diphtérie et la fièvre typhoïde. Si tous les cas de tuberculose nous étaient rapportés, nous pourrions garder un régistre à cet effet, qu'il serait quelquefois très intéressant de consulter, mais surtout, nous pouvons désinfecter chaque maison infectée, après le départ du malade. A New-York, à Boston, on recommande des soins de propreté; le malade lui-même veille à désinfecter son expectoration; on lui fait comprendre tous les avantages qui en résulteront pour lui-même d'abord, en prévenant l'auto-infection, puis pour les personnes de son entourage qu'il infecterait s'il ne prenait pas les précautions qu'on lui a prescrites; puis on désinfecte celles où il y a eu un diphtéritique ou un scarla-
on désinfecte celles où il y a eu un diphtéritique ou un scarla-
tineux. Depuis que, dans ces deux grandes villes, l'on a adopté

cette ligne de conduite, la mortalité par la consomption a diminué dans des proportions considérables.

IV. Personnel.

Permettez-moi de vous énumérer sans commentaires, et aussi brièvement que possible, le personnel qui compose cet important département dont j'ai la charge.

1° Un commis et son assistant, qui reçoivent les plaintes et qui tiennent les livres en rapport avec les maladies contagieuses;

2° Un désinfecteur et son assistant, ayant pour fonction de désinfecter toute maison où il y a eu des maladies contagieuses;

3° Le personnel de l'hôpital civique;

4° Un ingénieur, pour faire la désinfection par la vapeur sans pression;

5° Un ambulancier, qui doit aller chercher les malades, les objets qu'il faut désinfecter à l'étuve et les rapporter à leur propriétaire après désinfection.

En terminant, permettez-moi de vous dire que mon bue n'est pas de discréditer ce qui s'est fait dans le passé, mon but n'est pas de révolutionner un système déjà établi, je viens simplement vous exposer des faits et étudier avec vous cette question si importante, la *lutte contre les maladies contagieuses*, vous demander votre concours, votre assistance, afin d'établir sur des bases solides le mur qui doit nous protéger contre les maladies infectieuses.

Le Bureau de Santé est composé d'échevins ayant peu de connaissances spéciales, pour la plupart, et, par conséquent, peu au courant des dangers que les maladies infectieuses font courir à la population, mais j'ai tout lieu de croire que ces messieurs recevraient avec plaisir toutes les suggestions que vous croirez devoir faire, et, comptant sur votre concours, le docteur Louis Laberge et moi, nous espérons voir la ville de Montréal dotée d'un bon bureau pour lutter efficacement contre les maladies contagieuses.

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE [1]

CHLOROFORME — ETHER

Par J.-A. LESAGE

Docteur en médecine de l'Université de Paris, Professeur agrégé à l'Université Laval
Médecin de l'Hôpital Notre Dame.

I. PRÉLIMINAIRES.

Des faits isolés malheureusement trop nombreux nous enseignent que l'anesthésie comporte des dangers que tout médecin doit connaître et des moyens préventifs, contre ces derniers, que l'expérimentation a donnés comme utiles et que l'expérience journalière a jugés bons dans un très-grand nombre de cas.

Le chloroforme et l'éther sont d'un usage courant; mais il est facile d'observer que les médecins de langue française préconisent plutôt le chloroforme, tandis que les médecins de langue anglaise donnent la préférence à l'éther. Sur quoi repose cette prédilection pour l'un ou pour l'autre?... Les dangers sont-ils plus grands avec le premier qu'avec le second? Leur mode d'action sur les éléments nerveux comporte-t-il des différences qui puissent justifier le choix que l'on en fait dans certaines circonstances? C'est ce que nous étudions brièvement dans les développements qui suivent.

" Le chloroforme et l'éther, dit Arthus, [1] agissent sur tous les éléments organisés vivants et sur tous leurs modes d'action physiologique; leurs vapeurs arrêtent les mouvements protoplasmiques de l'amibe et du leucocyte, les mouvements ciliaires du protozoaire et des cellules des épithéliums vibratiles, les contractions rythmiques des cœurs de batraciens, extraits de l'organisme, les mouvements des feuilles de sensitives, la germination des graines, les fermentations alcoolique, butyrique, etc."

Chez l'homme et les vertébrés supérieurs, l'action des anes-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 12 novembre 1901.

(1) *Eléments de Physiologie*, 1901.

thésiques se manifeste *successivement* sur les tissus. Leur action sur le système nerveux n'est pas spécifique, elle n'est que *primitive*, et chaque élément de l'organisme en subit les atteintes suivant un orde bien établi et, pour ainsi dire, constant.

Ainsi, l'observation attentive des diverses phases de l'anesthésie nous permet de comprendre mieux l'action progressive des anesthésiques sur les différents centres de l'organisme. En effet, l'apparition du sommeil, l'abolition des réflexes, la résolution musculaire et enfin, à certain moment, l'arrêt successif de la respiration et du cœur nous indiquent assez qu'il y a là comme une espèce de hiérarchie nerveuse utile à connaître et propre à attirer l'attention.

Au reste, une analyse plus suivie fait comprendre que le sommeil—première phase—nécessite la suppression des fonctions hémisphériques, centres des phénomènes psychiques et de la sensibilité consciente; que l'abolition des réflexes et de la tonicité musculaire — deuxième phase — indiquent la suppression des conductibilités médullaires, impressions sensitives et impulsions motrices; que l'arrêt de la respiration et du cœur — phase ultime — suppose la suppression des fonctions du bulbe, organe central des fonctions de l'une et, accessoirement, de l'autre. Dès lors, la classification par action primitive est toute désignée:

1° Les hémisphères cérébraux;

2° La moëlle épinière;

3° Le bulbe.

C'est ce que l'on appelle le principe des phases ou *périodes successives*. Mais tous les médecins savent que la période d'anesthésie complète est précédée d'une phase que l'on appelle habituellement la phase d'excitation; on pourrait également l'énoncer par un second principe: celui de l'*excitation préparalytique;* car c'est une loi reconnue en physiologie expérimentale que tout poison qui peut supprimer la fonction d'un organe, à une certaine dose, commence toujours par l'exalter.

Sans vouloir entrer dans les détails de l'analyse de ces différentes phases, nous conclurons que l'anesthésie chirurgicale est complète lorsqu'il y a sommeil inconscient et disparition de la

sensibilité douloureuse et tactile qui se fait dans l'ordre suivant: membres, tronc, face, muqueuse nasale, enfin conjonctive. Tel est l'ordre successif servant de guide à l'opérateur et suivant de près l'ivresse des premiers instants.

Abolition du réflexe cornéen, voilà l'*ultimum moriens* des chirurgiens; c'est un point qu'il faut maintenir *sans le dépasser* de crainte de toucher le bulbe qui préside aux fonctions respiratoires et cardiaques.

II. Dangers.

Ces quelques notions préliminaires, que l'on pourra compléter dans les traitées spéciaux, nous conduisent à l'étude succinte des accidents qui peuvent survenir au cours de l'anesthésie.

Le principe de l'anesthésie repose sur une loi générale de physiologie qui dit que "l'action des gaz et des vapeurs sur l'être vivant est réglée par leur tension partielle dans le sang." Nous pourrions ajouter dans l'alvéole. En effet, l'inhalation des vapeurs, — chloroforme ou éther — permet au gaz de passer dans l'alvéole pulmonaire et de là, par osmose, dans le sang où il se dissout: ce phénomène se continue jusqu'à réalisation d'un équilibre de tensions entre les vapeurs anesthésiantes dissoutes dans le sang et les mêmes vapeurs contenues dans l'air alvéolaire.

Si, une fois l'équilibre réalisé de part et d'autre, la tension du gaz dans l'alvéole demeure constante, l'absorption est arrêtée; si, au contraire, la tension augmente ou diminue, une certaine quantité de gaz pénètre dans le sang et s'y dissout dans le premier cas, ou bien, s'en échappe et passe dans l'air expiré dans le second cas, et nous observons alors des phénomènes spéciaux dont l'intensité varie avec chaque nouvel équilibre Ainsi, des mélanges d'air et de chloroforme à 4, 6, 8, 10 pour 100 agiront différemment. L'anesthésie sera de nul effet à 4, pénible à 6 ou 8, enfin prompte à 10 pour 100. Il importe donc de ne pas dépasser une certaine limite car on risque presque sûrement de provoquer des accidents dont un surtout est irrémédiable: la *syncope cardiaque primitive ou secondaire.*

Tous les accidents habituels de la chloroformisation ou de l'éthérisation peuvent se résumer à deux chefs :

1° Syncopes primitives laryngo-réflexes, respiratoires ou cardiaques ;

2° Syncopes secondaires respiratoires ou cardiaques, à la suite de paralysie bulbaire.

Quatre causes principales peuvent provoquer ces accidents :

(a) *Les impuretés contenues dans les vapeurs anesthésiantes.*

(b) *Les doses massives au début de l'opération ou méthode de sidération.*

(c) *La prolongation de l'anesthésie au-delà des limites assignées par les symptômes objectifs connus.*

(d) *Inhalation de chloforme en présence du gaz d'éclairage.*

Contre la première de ces causes, nous devons exiger la pureté absolue du produit employé ; c'est de grande importance, car l'irritation habituelle de la muqueuse des voies aériennes — toux, exagération de la sécrétion salivaire — augmente dans des proportions alarmantes et s'aggrave quelquefois jusqu'au danger à cause de ces impuretés — acide chlorhydrique, etc.

Les doses massives du début agissent de la même manière et peuvent provoquer les mêmes accidents. En effet, les impuretés, de même que les inhalations brusques de chloroforme et d'éther, surprennent les muqueuses nasale et laryngée d'un sujet qui est déjà en état d'excitabilité réflexe exagérée. Cette stupéfaction peut conduire à la syncope primitive respiratoire ou cardiaque. Elle est très facile à déterminer chez le lapin. Il suffit de lui faire respirer brusquement un air fortement chargé de chloroforme ; elle ne se produit pas si on fait pénétrer l'air par la trachée. Les rameaux *nasaux* du *trijumau*, les *nerfs laryngés* et le *nerf vague* sont les intermédiaires reconnus de ces ces syncopes primitives.

Dès lors, il est facile de conclure que l'administration du chloroforme ou de l'éther par la méthode de sidération — doses massives au début — est mauvaise et qu'il faut en condamner l'usage d'une façon absolue, car elle réalise en toute évi-

dence les conditions requises pour la production des accidents signalés plus haut.

Il faut recommander au contraire une méthode à *doses progressives;* on ménage ainsi les susceptibilités réflexes du malade et on assure le succès d'une opération souvent incertaine, même dangereuse, si elle est conduite à l'aveugle et dans l'ignorance absolue des principes fondamentaux exposés ci-dessus.

Quant à la troisième cause, à savoir prolongation de l'anesthésie, pouvant amener des syncopes secondaires, on peut la prévenir en suivant attentivement la marche de l'envahissement anesthésique. On devra diminuer la dose dès qu'on aura obtenu la disparition du réflexe oculo-palpébral, et tout supprimer si on constate une diminution de la respiration et un ralentissement marqué du pouls.

On a conseillé, dans le but d'éviter la syncope cardiaque, de supprimer l'appareil modérateur par l'atropine, la morphine, le chloral, etc., nous verrons plus loin comment l'association de ces différents moyens peut constituer une méthode de choix dont on s'est bien trouvé.

Enfin, contre la quatrième cause des dangers, relativement peu connue, il importe de ne point administrer le chloroforme dans une chambre close ou brûle un bec de gaz.

D'après un auteur anglais (1), les vapeurs du chloroforme, en présence de l'oxyde de carbone, forment un composé nouveau appelé *chlorure de carbonyle.* C'est un gaz suffocant qui irrite fortement les voies aériennes, provoque la toux, etc. Il peut amener des acidents graves.

M. Elie Asselin, a, le premier ici, attiré l'attention des membres de la Société sur ce point (2). Il rapporta un fait personnel où une femme en couches fut prise d'une syncope respiratoire à la suite d'une chloroformisation dans une chambre étroite et éclairée par un bec de gaz.

MM. Hervieux et Trudeau ont fait les mêmes observations à propos de faits également personnels. J'ai moi-même fait

(1) *British Medical Journal*, 28 mai 1898.

(2) *Union Médicale*, 1900, page 29.

l'histoire d'un cas de suffocation dans les mêmes circonstances sans pouvoir en trouver la cause immédiate.

Il s'agissait d'une chloroformisation dans une chambre close éclairée par un bec de gaz, pour une affection du sinus maxillaire. A un certain moment je sentis des picotements dans la gorge et fus pris d'un accès de toux avec suffocation qui ne céda qu'à la suite d'une large ventilation. Il en fut de même pour la malade.

Ces accidents prouvent évidemment qu'il y a là un danger réel et facile à éviter.

III. Action comparative de l'éther et du chloroforme.

La connaissance des dangers de l'anesthésie et l'observation minutieuse d'un certain nombre de faits ont permis à quelques auteurs d'affirmer que l'emploi de l'éther est plus avantageux que l'emploi du chloroforme. En réalité, la distinction à faire est assez subtile, car leur action est sensiblement la même. Néanmoins, ils diffèrent sur deux points : 1° la durée ou mieux la marche de l'anesthésie ; 2° l'action sur les vaisseaux.

Un petit tableau fera mieux saisir les différences que je viens de signaler.

Choroforme.	Éther.
Action plus rapide, moins graduée.	Action lente, graduée.
Période d'agitation quelquefois supprimée.	Période d'agitation augmentée.
Anesthésie tranquille, moins bruyante.	Anesthésie bruyante.
Ralentissement *subit* souvent inaperçu du pouls et de la respiration en cas d'accidents.	Ralentissement *progressif* du pouls et de la respiration en cas d'accidents.
Provoque une vase-constriction marquée des vaisseaux périphériques : économise du sang.	Provoque une vaso-dilatation marquée des vaisseaux périphériques : gaspille du sang.
Expose plus à la syncope cardiaque bulbaire.	Expose moins aux syncopes cardiaques primitives ou secondaires.
Expose moins à la syncope secondaire respiratoire.	Expose plus à la syncope respiratoire secondaire.

Donc la préférence que l'on accorde à l'un ou à l'autre n'est pas le fait du caprice ou de la routine mais relève ou plutôt doit relever des indications particulières que se présentent à nous.

Ainsi, dit Arthus, " l'éther doit être préféré quand l'état du sujet ou toute autre considération peut faire redouter une syncope cardiaque secondaire — lésion du cœur droit et de ses orifices, à la suite d'une affection pulmonaire chronique.

Dans les opérations prolongées, dans le cas de lésions du cœur gauche, chez les enfants — où la syncope respiratoire secondaire se produit facilement, le chloroforme convient mieux."

IV. Procédé de choix.

Depuis longtemps, on a cherché, par l'expérimentation, un procédé sûr qui puisse empêcher ces alertes si funestes dans certains cas.

Les méthodes d'administration des anesthésiques, aujourd'hui, se réduisent à deux: procédé par *sidération*, et procédé par *dosimétrie*.

1° *Procédé par sidération.* Comme je l'ai dit déjà, ce procédé consiste à administrer le chloroforme ou l'éther à doses massives sur une compresse placée devant le nez et la bouche de manière que l'air ne puisse pas pénétrer et se mélanger au gaz. On obtient ainsi une anesthésie totale en deux ou trois minutes que l'on entretient ensuite par des doses successives.

Cette méthode est usuelle dans certains hôpitaux de cette ville, ou du moins, elle y était appliquée couramment il y a quelques années. Le malade respire ainsi un air chargé de vapeur à un titre variant de 20 à 30 pour 100.

" *Ce procédé*, dit Arthus, *est absolument condamnable;* il peut réussir, et il réussit fréquemment; mais il est essentiellement dangereux, car il réalise les meilleures conditions pour provoquer les syncopes secondaires."

2° *Procédé par dosimétrie.* Il consiste à administrer l'anesthésique à petites doses augmentées graduellement qu'on laisse tomber goutte à goutte, en commençant par une goutte, puis deux à trois gouttes par minute, ces dernières étant considérées comme des gouttes d'entretien.

" *C'est une méthode de choix*, dit le même auteur, celle dans

laquelle sont réalisées, dans la mesure imposée par les nécessités pratiques, les conditions les plus favorables pour éviter les accidents."

Sur ce principe, des mélanges titrés, on a imaginé des appareils qui puissent donner un air chargé, dans une proportion constante, à 10 pour 100, c'est-à-dire 10 grammes de chloroforme ou d'éther pour 100 litres d'air. Mais ces essais ne sont point pratiques. La méthode par la compresse imprégnée de gaz que l'on verse goutte à goutte se rapproche sensiblement de celle-ci et donne des garanties suffisantes pour qu'on puisse lui accorder notre confiance. Cependant il est possible de produire la mort dans tous les cas, cela dépend soit du titre du mélange, soit de la durée de l'anesthésie.

Des mélanges de 4 et 6 pour 100 entraînent la mort en six à dix heures sans produire d'anesthésie; de 8 et 10 pour 100, en trois à cinq heures avec anesthésie; de 12 à 15 pour 100 en une à deux heures; de 20 pour 100 en trente minutes; de 30 pour 100 en trois minutes.

3° *Procédé mixte* — (a) *Morphine et anesthésique.* Toujours dans le but d'empêcher les accidents, on a proposé des méthodes mixtes. Ainsi, en injectant sous la peau 15 à 20 milligrammes de morphine (¼ à ⅛ grain) un quart d'heure ou une demi-heure avant l'opération on économise beaucoup de gaz anesthésiant. J'ai l'expérience personnelle du fait, et je me souviens parfaitement d'une opération de rein flottant qui n'a demandé qu'un once de chloroforme pour une heure au moins d'anesthésie avec un sommeil absolument calme.

La morphine déprime les hémisphères cérébraux et les prépare à l'influence des anesthésiques. Elle supprime la phase d'excitation, émousse la sensibilité des voies respiratoires, par conséquent, prévient les syncopes primitives; elle économise l'anesthésique et diminue ainsi les chances de la syncope secondaire. Elle offre donc des avantages. On objecte, cependant, qu'elle prédispose aux arrêts progressifs de la respiration, cette dernière diminuant peu à peu sans attirer l'attention: mais la possibilité du fait — peu certain — doit nous tenir pour avertis; au reste la respiration artificielle est bonne à faire, et se

fait avec succès si nous avons manqué de prévoyance. Le refroidissement qu'on a aussi invoqué n'a rien de spécial à cette méhode.

(b) *Morphine-chloral-anesthésique.* A la morphine, on a proposé d'ajouter le chloral à la dose de 2 à 5 grammes par voie gastrique une heure avant l'anesthésie.

Ce procédé est inférieur au précédent pour deux raisons: le chloral prédispose à la syncope cardiaque par son action sur le cœur; de plus il provoque une vaso-dilatation superficielle intense qui prédispose aux hémorragies. Son seul avantage est l'économie de l'anesthésique, mais il ne saurait compenser les risques auxquels il nous expose.

(c) *Atropine-anesthésique.* L'action de l'atropine, en supprimant physiologiquement l'appareil modérateur cardiaque, supprime, du coup, la syncope cardiaque secondaire qui est un accident irrémédiable, comme je l'ai dit plus haut. Mais elle provoque souvent des phénomènes d'excitation extrême, très bruyante et peu désirable. Elle n'économise pas d'anesthésique.

(d) *Atropine-morphine-chloroforme ou éther.* L'association heureuse de ces divers médicaments constitue une méthode de choix en chirurgie physiologique et en chirurgie humaine. Cette méhode ne donne jamais d'accidents, contrairement à la méthode ordinaire. Je me rappelle avoir lu, il y a deux ou trois ans, un rapport de Langlois, préparateur au laboratoire de physiologie du professeur Richet, et aujourd'hui agrégé, donnant un chiffre de 400 anesthésies par la méthode atropo-morphine-chloroforme sans un seul accident.

En chirurgie humaine on conseille d'injecter au malade, vingt à trente minutes avant l'opération, un centimètre cube et demi de la solution suivante:

Eau distillée	**10 c. c. (200 gouttes)**
Chlorhydrate de morphine.	**10 centigr.**
Sulfate d'atropine	**5 milligr.**

Les avantages des deux méthodes combinées compensent les inconvénients qui relèvent de chacune d'elles.

D'une part l'atropine contrebalance les mauvais effets de la morphine à laquelle on a fait le reproche, peut-être exagéré, de prédisposer à la syncope respiratoire progressive et à une dépression pouvant aller jusqu'au collapsus. D'autre part, la morphine diminue considérablement les effets excitants de l'atropine. Il y a donc compensation, c'est l'équilibre désirable que nous avons recherché et que nous avons trouvé dans ce dernier procédé.

Les notes qui précèdent ont pour but d'éveiller l'attention des médecins sur les dangers de l'anesthésie; car il est évident que l'on se soustrait trop facilement, et pour ainsi dire de gaîté de cœur, à la grave responsabilité du moment.

La connaissance du danger rend prudent, et la prudence du chloroformisateur n'est pas moins indispensable que l'habileté du chirurgien pour assurer le succès de toute opération sérieuse.

Conclusions.

Syncopes primitives, laryngo-réflexes, respiratoires ou cardiaques; syncopes secondaires, bulbaires, respiratoires ou cardiaques; tels sont les dangers de l'anesthésie.

Impuretés, doses massives, doses prolongées, inhalations de chloroforme en présence du gaz d'éclairage; telles sont les causes habituelles des acidents.

La méthode à doses progressives avec injection préalable de morphine et d'atropine est préférable à toutes les autres.

L'emploi de l'éther ou du chloroforme a des indications précises, basées sur leur action sur les vaisseaux et sur la marche de l'anesthésie.

REVUE GÉNÉRALE

RECHERCHE DE L'ALBUMINE DANS L'URINE (1)

Par A.-N. RIVET,

Professeur de Chimie à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel Dieu.

PROCÉDÉ D'ESBACH :

Ce procédé consiste en une solution spéciale, et un tube "ad hoc" dénommé 'albuminimètre" ou encore "tube d'Esbach." Cete solution, très facile à faire, se compose des matières suivantes :

Acide picrique	1 gramme.
Acide citrique	2 grammes.
Eau distillée, ou	
Eau bouillie	Q s. pour faire 100 c. c.

L'albuminimètre est un petit tube fermé à une extrémité, de 15 centimètres environ de longueur, gradué à la partie inférieure de sept divisions, indiquant le nombre de grammes d'albumine au litre que l'on trouvera, aprés réaction faite ; à la partie moyenne, on voit un trait suivi de la letrre U, et à la partie supérieure, un autre trait suivi de la lettre R. Lors de l'examen, on remplit d'urine le tube jusqu'à la lettre U, et on continue à remplir avec ler éactif jusqu'à la lettre R. Après quoi, on ferme l'extrémité avec led oigt, on renverse sans secouer huit ou dix fois pour bien opérer le mélange et on laisse reposer 24 heures.

Ce temps écoulé, sur la graduation inférieure, on évalue le précipité. Chaque division représentant en gramme la proportion d'albumine contenue dans un litre d'urine.

Ce moyen d'analyse, très commode au lit du malade, aide à suivre journellement l'augmentation ou la diminution d'albumine. Il ne peut cependant servir à un dosage très exact, car une pesée indiquerait une certaine différence avec le chiffre indiqué par la graduation de l'albuminimètre.

Ce procédé, de même que celui indiqué dans l'UNION MÉDICALE du mois de septembre, c'est-à-dire, par l'acide azo-

(1) Voir *Union Médicale*, septembre 1901.

tique, sont rapides et d'exécution facile, mais on ne peut s'en servir que dans des cas où l'albumine existe en certaine proportion. Ainsi, l'examen par contact entre l'acide azotique et l'urine, comporte, pour le plus petit rapport, une proportion de 0.20 centig. d'albumine au litre; l'albuminimètre, une proportion de 0.50 centig. au litre.

Pour les confrères qui désireraient avoir un moyen de recherche plus délicat, qu'ils me permettent de leur indiquer le procédé de Tanret, au moyen de l'iodure double de mercure et de potassium. Ce réactif décèle l'albumine lorsqu'elle n'existe qu'à la proportion de 0.01 centig. par litre. Malheureusement, à cause de la combinaison formée par l'action du réactif sur l'albumine, il est impossible de doser celle-ci dans cet état, par pesée, le poids en étant singulièrement augmenté. Aussi, c'est par comparaison au moyen de l'albumine de l'œuf que l'on est venu à connaître et contrôler la puissance du réactif de Tanret. Il a donné un trouble très net avec 0.02 centig. et un louche assez accusé avec 0.01 centig.

Voici la formule de composition du réactif de Tanret.

Iodure de potassium	3 gram. 32 centig.
Bichlorure de mercure	1 gram. 35 centig.
Acide acétique	20 centim. cubes.
Eau distillée	Q. s. pour 64 c. c.

Avec l'emploi de ce réactif, il y a une précaution à prendre si on obtient un précipité. Il s'agit de s'assurer que la personne à laquelle l'urine appartient n'a pas pris d'alcaloïdes, qui donneront un précipité. Il existe deux moyens de s'assurer du fait, faire chauffer l'urine ou y ajouter de l'alcool; l'un ou l'autre procédé fera disparaître alors le précipité.

Dosage.

Chacune des réactions précédentes suffit pour retrouver l'albumine dans l'urine. Mais si on désire connaître exactement le poids de celle-ci, on se servira de la coagulation par la chaleur ou par l'acide phénique. La coagulation par la chaleur n'a pas besoin d'être décrite ici; celle par l'acide phénique s'effectue avec le mélange suivant:

Acide phénique cristallisée	10 grammes.
Acide acétique du commerce ou ordinaire	10 grammes.
Alcool à 90°	20 grammes.

La dissolution effectuée, on laisse reposer et on décante, afin de rejeter le dépôt qui se forme presque toujours.

Lorsque l'on veut doser l'albumine on acidifie d'abord l'urine avec quelques gouttes d'acide acétique et on filtre. Après quoi, on prélève 100 c. c. que l'on met dans un vase en verre à fond plat, que l'on nomme vase à précipiter, on ajoute 2 c. c. d'acide azotique et 10 c. c. de la solution phéniquée. L'albumine se précipite immédiatement, on agite bien et on filtre. On lave le précipité à l'eau bouillante saturée d'acide phénique et on dessèche à l'étuve vers 105°. L'excès d'acide phénique, qui est volatil, disparaîtra avec la vapeur d'eau.

Quelquefois, l'urine est très riche en albumine; au lieu alors de prendre 100 c. c. ce qui donnerait trop d'albumine, et nécessiterait trop de réactif, en gênant en même temps l'opération, on fait une prise d'urine de 25 à 50 c. c. et on ramène toujours à 10 c. c. en volume, en ajoutant l'eau distillée nécessaire pour parfaire les 100 c. c.

L'opération finie, la pesée faite, on ramènera au poids du litre en multipliant le chiffre obtenu à la balance par 20 si c'est 50 c. c. d'urine et par 40 si c'est 25 c. c. d'urine que l'on a prélevée, et on a la quantité d'albumine au litre.

Si l'urine albumine est fortement colorée et particulièrement si elle contient du sang, on acidifie, on filtre, et on ajoute environ 4 fois le volume d'alcool à 90° que l'on a d'urine, on opère le mélange et on porte à l'ébullition. Le coagulum une fois formé est porté sur un filtre et lavé avec de l'eau contenant la moitié de son poids d'alcool, et on sèche comme il a été dit plus haut.

Ce précipité doit être bien blanc avant d'être pesé.

Est-il bien nécessaire d'avoir une étuve pour dessécher? Un praticien qui ne fait pas de dosages fréquents peut se tirer assez aisément d'affaires avec un fourneau de poêle de cuisine. La précaution à prendre, c'est de s'assurer, au moyen d'un thermomètre placé à l'endroit où il mettra sécher son filtre, que la température ne dépasse pas celle qui est prescrite; et ensuite de placer son filtre chargé du coagulum de manière à n'en pas perdre une seule parcelle; autrement, il y aurait perte de poids appréciable pour un litre. Il recouvrira le filtre d'un morceau de papier à filtrer bien propre.

S'il s'agissait d'un dosage pour des données scientifiques, de haute portée, comme par exemple de statistiques, ce moyen n'aurait plus la même valeur, et il lui faudrait alors se servir d'étuve, de dessicateur pour transporter son filtre vide et chargé, et de balances d'analyses de haute précision.

En résumé, on se demandera, en présence de ces différents moyens de recherche pour l'albumine, quel sera le plus pratique pour le médecin et pour le malade.

En écartant le dernier, indiqué pour les dosages seulement, il en reste trois autres; je les trouve tous les trois nécessaires en médecine pour différentes circonstances. Voici leurs avantages:

Pour les examens d'assurances, de sociétés de secours mutuels, dans tous les cas ou il faut être très sûr qu'il n'y a pas d'albumine possible, le procédé de Tanret me semble tout indiqué.

D'un autre côté, un malade vient vous consulter, à votre bureau; séance tenante, vous examinez son urine; désirant en même temps connaître approximativement ce qu'il peut secréter d'albumine, s'il y en a, le réactif par contact de l'urine et de l'acide azotique est d'une application aisée et rapide, sept minutes étant la limite extrême d'attente.

Vous avez enfin un malade albuminurique à visiter tous les jours, son cas est grave et à chaque visite vous voulez connaître la quantité d'albumine qu'il a excrétée dans les 24 heures précédentes. Vous pouvez alors vous servir de tube d'Esbach, qui reste à demeure chez le malade. Sur les urines de 24 heures, finissant ce jour-là, vous faites une prise que vous faites réagir au moyen de la solution picrique, vous laissez le tout en repos et le jour suivant vous lisez le rapport au bas du tube, préparant ensuite un nouvel examen pour la prochaine visite. Sans ennui, sans avoir à transporter avec vous une bouteille d'urine qui devra vous suivre peut-être pendant toute une série de visites, sans crainte de la voir déboucher sur vous en vous humectant d'un liquide plus ou moins odoriférant, chaque jour, il vous est possible de constater l'état plus ou moins satisfaisant de votre malade.

ACTUALITES MEDICALES

Projet de l'Association des Médecins de Langue Française
DE L'AMERIQUE DU NORD.

Le 25 juin, 1900, jour de la fête nationale, la " Société Médicale de Québec " conviait tous ses membres, ainsi que les principaux représentants du corps médical canadien-français de cette province, à une convention scientifique et d'intérêts professionnels.

Le but de cette réunion intime était, surtout, d'étendre les bonnes relations de confraternité tout en fournissant à ses participants l'occasion d'étudier certaines questions de science pratique et quelques projets d'une importance vitale pour l'avenir de la profession médicale française, en ce pays.

Cent cinquante médecins répondirent à cet appel, et ils apportèrent le zèle le plus louable et le plus vif intérêt pour l'étude et la solution des questions qui leur furent soumises.

La bonne entente, la cordiale sympathie, l'enthousiasme même, que l'on vit se refléter entre tous les assistants, durant cette convention, de même que les travaux utiles et sérieux qui y furent présentés, témoignèrent hautement que les idées et les projts qui peuvenet servir à rendre plus étroits les liens de la solidarité professionnelle, en même temps qu'à promouvoir le développement de l'éducation scientifique, trouvent un écho facile et généreux parmi tous les membres de notre profession. L'exemple d'un pareil ralliement était, certes, bien propre à inspirer la plus grande confiance en l'avenir et ne pouvait guère manquer de faire naître dans l'esprit de ses promoteurs des aspirations encore plus élevées.

Aussi, pour mieux couronner cette œuvre de bonne confraternité et d'émulation scientifique, tous éprouvèrent-ils le besoin, avant de se séparer, d'élargir le cadre de cette manifesta-

tion et de la faire concourir à combler une lacune depuis longtemps ressentie parmi les médecins canadiens-français.

Il sembla qu'il y avait à faire un pas de plus pour caractériser une époque dans l'histoire du développement de la médecine française au Canada, et en assurer l'évolution normale et continue vers le progrès. Tous eurent à cœur de grouper les énergies et de les faire converger vers le but louable et légitime de mettre en meilleur relief la valeur de notre éducation scientifique et d'acquérir à notre profession l'influence sociale et la prépondérance qu'elle a droit d'ambitionner sur cette terre du Canada que nos ancêtres ont ouverte à la civilisation.

Une proposition fut soumise, séance tenante, à la considération de l'assemblée à l'effet de jeter les bases d'une association qui devait s'étendre à tous les médecins de langue française, non seulement de la Puissance du Canada, mais de toute l'Amérique du Nord également: l'orateur faisait remarquer, pour justifier un titre aussi vaste, qu'il ne fallait pas oublier, dans ce grand ralliement professionnel, un nombre important de médecins de notre nationalité qui se sont répandus dans les centres de la grande République voisine, où l'émigration des nôtres s'est implantée d'une manière durable depuis plusieurs années, et où des groupes nombreux d'une population qui partage notre origine s'y développent désormais comme dans une seconde patrie. Ces médecins, la plupart diplômés de nos universités, et toujours fidèles au souvenir de la patrie canadienne, aiment à continuer les relations intimes et les traditions scientifiques qui les unissaient à leurs confrères du Canada au beau temps de leurs études.

Nous ne pouvions pas, non plus, oublier un groupe important de médecins de même origine, dans cette province sœur des Etats-Unis, la Louisiane, dont l'éducation, puisée aux mêmes sources du haut enseignement français, semble devoir établir entre nous les liens d'une solidarité que nous aimerions à rendre de plus en plus étroite. Nous avons cru pouvoir nous flatter de l'espoir, également, que ce même mouvement ne manquerait pas de rallier un bon nombre d'autres médecins distingués, d'origine purement française, qui ont quitté le sol de la vieille France où ils avaient reçu leur éducation première, pour

venir se fixer et exercer leur art professionnel sur cette nouvelle terre de la Liberté. Tous doivent avoir l'orgueil de leur race; et aucun ne saurait rester indifférent à cette œuvre de ralliement et du perfectionnement de l'éducation de la famille médicale française dont les divers groupes disséminés sur la surface de ce vaste continent, ne cessent de lutter avec persévérance pour conserver la langue et les nobles traditions de leur commune mère-patrie.

L'objet fondamental de cette association internationale sera donc de réunir, dans une confraternité plus intime et comme dans un centre d'action plus favorable aux études et à l'avancement professionnel de tous, les médecins de même origine et de langue française, sur ce continent.

Pour arriver à la réalisation de ce but, qui intéresse notre avenir à plus d'un point de vue, cette association aura pour mission:

1° D'organiser des congrès périodiques de médecine, dans les différentes villes de notre province et dans les principaux centres de l'émigration française aux Etats-Unis.

2° D'encourager et de promouvoir la fondation de sociétés médicales dans tous les districts où peuvent se rencontrer des groupes assez nombreux de médecins zélés pour les études et ayant à cœur leur avancement et le prestige de notre profession.

Il n'est pas besoin d'appuyer pour démontrer l'utilité de ces congrès pour la masse des médecins, et les avantages que tous peuvent retirer de l'existence des sociétés médicales: il est bien reconnu, en effet, que ce sont là les deux plus puissants leviers pour favoriser l'émulation et l'essor dans les études et maintenir le niveau de l'éducation à la hauteur de tous les progrès.

Ce projet parut conforme aux désirs de tous: aussi fut-il chaleureusement applaudi et accepté à l'unanimité. Pour lui donner une forme plus tangible, un comité composé des principaux représentants des Sociétés médicales de Québec et de Montréal fut choisi, séance tenante, pour en étudier les détails et le mettre à exécution, avant l'année 1902.

Une circonstance mémorable, pour cette même date, se pré-

sentait, qui ne pouvait manquer d'impressionner les esprits et d'indiquer l'orientation à donner à cette nouvelle association, dès son point de départ: c'était le cinquantenaire de la fondation de l'Université Laval, la première université française en Amérique, l'Alma Mater vénérée de la plupart des médecins canadiens-français et la haute institution qui a mérité d'être désignée comme l'un des plus solides remparts de notre nationalité.

Il sembla à tous que faire coïncider le premier pas de cette association avec un événement aussi important dans l'histoire de l'enseignement supérieur au Canada, c'était marquer, au seuil de sa carrière, l'esprit qui devait y présider et les traditions sur lesquelles elle devait s'appuyer pour se développer et grandir d'une manière conforme aux aspirations de la profession et aux destinées que nous ambitionnons pour notre race, dans ce pays où les deux grandes nationalités, qui y sont réunies dans la fidélité au même drapeau, peuvent se développer chacune dans leur sphère, selon des privilèges nettement garantis par la constitution politique qui nous régit. C'est pourquoi il fut décidé sur le champ, et d'un commun accord, que le premier congrès de la nouvelle association aurait lieu en 1902, à la date des fêtes des noces d'or de l'Université Laval, à Québec même, le siège de fondation de cette Université, et la vieille capitale toujours française de cette ancienne province que l'on se plaît bien souvent à désigner sous le nom de Nouvelle-France.

Tous admettront, nous en avons la confiance, que l'on ne pouvait pas, à la vérité, rêver une circonstance plus favorable pour donner la première sanction à cette œuvre de ralliement et d'émulation vers le progrès, qui marquera une étape dans le développement de notre profession. Nous croyons de plus, être l'écho du sentiment général en affirmant que l'endroit choisi si spontanément, comme siège du premier congrès, ne pouvait qu'ajouter à son intérêt scientifique. En effet,, non seulement notre vieille cité de Champlain a été le berceau de notre nationalité, le foyer d'origine de cette première université française, en Amérique, mais, c'est aussi la ville la plus riche en souvenirs de notre histoire et en reliques d'un passé

engagé dans des luttes mémorables; elle reste encore aux yeux de tous la source la plus féconde d'où s'inspire le patriotisme, car chaque pierre y rappelle pour ainsi dire, les gloires et les héroïsmes d'autrefois.

D'ailleurs, si l'on en doit juger par les nombreuses et ferventes adhésions qui ont déjà accueilli ce projet dans les principaux centres du pays, nous serions en droit d'affirmer qu'il répondait à une nécesité depuis longtemps ressentie. Nous en trouverions une autre preuve non moins convaincante dans le mouvement, déjà très étendu, d'organisation des sociétés médicales de districts, qui ont pris naissance depuis l'origine de ce projet et qui toutes, presque sans exception, ont inscrit comme premier article dans leur programme, la coopération à cette œuvre d'intérêt scientifique et national tout à la fois, d'où ressortiront, pour l'avenir, l'influence et le prestige de notre profession.

Nous avons bien, il est vrai, l'Association Médicale du Canada qui est ouverte aux médecins des différentes nationalités dans le Dominion. Mais comme nos confrères de langue anglaise en constituent maintenant la très grande majorité, la différence de langage ne permet plus au grand nombre parmi les médecins de notre origine, de suivre avec profit les travaux qui leur sont offerts dans les congrès de cette association, dont nous apprécions cependant toute la valeur.

C'est là, il faut bien l'avouer, la principale, pour ne pas dire l'unique raison, qui explique l'abstention des nôtres et qui a fait sentir, chez la plupart, depuis longtemps, le besoin de fonder une association distincte, mieux adaptée à leurs besoins et à leurs aptitudes, qui aurait sa vitalité propre, et dans laquelle rien ne nuirait à leur avancement et à la libre expansion du savoir et du talent.

" La science n'a pas de patrie," comme on l'a dit avec raison; elle ne doit pas être limitée par les frontières d'un pays; mais, il faut bien l'admettre, la langue, qui en est l'expression, établit une grande différence, pour la facilité de sa diffusion, pour le travail des études journalières et pour le profit que la masse des praticiens peut retirer de ses manifestations les plus larges au sein des congrès professionnels. Voilà pourquoi notre asso-

ciation des médecins de langue française aura sa raison d'être. Mais elle ne sera pas une menace de briser l'harmonie que nous aimerons à conserver avec nos confrères de langue anglaise, non plus qu'une scission qui nous aura été inspirée par un sentiment de pur nationalisme: elle ne sera que l'expression légitime d'une nécessité depuis longtemps ressentie pour favoriser le développement de notre éducation scientifique. Et nous avons la confiance, au contraire, que cette association, qui n'aura qu'un même but, deviendra plutôt l'occasion d'égards réciproques entre les associations identiques, de nationalités différentes, et qu'il n'y aura d'autres sujets de rivalité et de lutte dans le but qu'elles poursuivent, que l'émulation pour l'avancement scientifique et le bien de l'humanité souffrante. N'est-ce pas là l'objet commun qui doit rattacher tous ceux qui ont embrassé la noble profession de la médecine?

Le Comité chargé de présider à cette organisation croit le moment très opportun de soumettre les propositions suivantes à chacun des médecins auxquels il adresse aujourd'hui cette première communication — certain d'avance que leur réponse ne contredira pas les sentiments exprimés à la convention médicale de Québec, en légitimant les motifs de la mise en avant d'un tel projet. Nous croyons qu'il suffira de poser ces questions pour les résoudre et raffermir une conviction qui nous semble devoir rallier facilement tous les esprits:

N'avons-nous pas eu à regretter, dans le passé, d'avoir été privés de la considération que nous aurions pu acquérir en nous unissant dans le travail et en nous mettant plus en évidence comme corps professionnel?

Le temps n'est-il pas venu pour la profession médicale française de ce pays, de s'affirmer, de faire sa marque dans la concurrence scientifique, afin d'être jugée plus à son mérite dans l'avenir?

Et n'est-ce pas par le moyen d'une association autonome, qui sera pour tous un centre d'unité et d'action favorable à l'essor des études et au relèvement du niveau professionnel, que cette ambition légitime et patriotique pourra se réaliser le plus sûrement et avec le plus de profit?

Cette association générale sera comme un centre de fédéra-

Les Étudiants en Médecine de Langue Française et de Langue Anglaise.

Depuis longtemps, les mécontents — et Dieu sait s'il y en a — critiquent à tort ou à raison — l'avenir le dira — le mode d'enseignement qu'on est convenu d'appeler *classique*. Les heures passées à faire une version grecque ou un thème latin sont considérées comme perdues et on voudrait plutôt les employer à faire des *études pratiques*, à quelque chose qui eût du bon sens v. g., des mathématiques, etc., etc. Comme dans les High-School anglais!

Je n'ai pas qualité pour juger l'enseignement classique, bien que je sois convaincu qu'un peu de remaniement ne lui ferait pas tort. Je ne voudrais pas, non plus, bien ou mal parler de l'enseignement qualifié de *pratique* que reçoivent nos compatriotes d'origine anglaise dans leurs High-School; non, je désire simplement traduire ici ce qu'un confrère anglais, de Montréal, pense sur l'étudiant canadien anglais et l'étudiant canadien français.

Dans le numéro de septembre du *Montreal Medical Journal*, la rédaction apprécie, de la manière suivante, le rapport présenté à la dernière réunion du Canadian Medical Association, tenu à Winnipeg, à la fin d'août, par le docteur J.-R. Jones, de Winnipeg. Au cours de son rapport, le docteur Jones déplore l'ignorance et le peu de préparation à l'étude de la médecine apportées par les étudiants de langue anglaise.

Le *Montreal Medical Journal* ajoute: "Il y a beaucoup de choses que nous approuvons de grand cœur, dans le rapport du Dr Jones. Il a, nous croyons, reconnu et touché du doigt ce que nous considérons le point faible dans notre enseignement, c'est-à-dire, une mauvaise préparation à l'étude de la médecine par des études préliminaires insuffisantes. Non seulement au Canada, mais dans toute l'Amérique du Nord, si nous en jugeons par les élèves qui nous arrivent de toute part,

l'enseignement reçu à l'école est si peu soigné que l'étudiant en médecine ordinaire n'est pas capable d'écrire un anglais convenable. Nous ne voulons pas dire qu'il ne soit pas capable d'épeler ses mots correctement, bien que la chose arrive assez souvent, nous voulons plutôt dire que son éducation a été si peu soignée qu'il lui est impossible de s'exprimer en un style clair, ou, si l'on veut, il prouve par ses manuscrits que, s'il a pu apprendre des faits et des dates, il n'a pas appris à s'exprimer et par conséquent il n'a pas appris à penser. Voilà, nous le croyons sincèrement, la grande faiblesse de notre enseignement préliminaire, c'est une faiblesse qui se fera voir dans l'existence entière d'un homme.

Bien que ce soit une habitude de décrier l'éducation reçue par nos compatriotes de langue française, nous sommes forcés d'admettre que, sous ce rapport, *l'éducation reçue dans les grandes maisons d'éducation françaises de la province est supérieure à celle que reçoivent nos jeunes compatriotes de langue anglaise.*"

Plus loin, ce confrère ajoute: " Nous approuvons le docteur Jones lorsqu'il demande, non pas tant une éducation classique comme on l'entend d'habitude, mais une connaissance suffisante du latin et du grec avec une connaissance parfaite de l'anglais. Nous croyons qu'un bon enseignement du latin est un excellent moyen de formation, un moyen de faire surgir (" of drawing out ") les pensées et l'intelligence d'un jeune élève. Nous n'exigerions pas le même enseignement pour le grec, mais nous croyons sincèrement qu'un étudiant en médecine doit en savoir assez pour connaître et comprendre l'origine ou la racine et la signification de ce gros bagage de mots scientifiques tirés du grec et avec lesquels il faut qu'il se familiarise. Nous savons, par expérience, que les étudiants anglais travaillent beaucoup plus ardûment ici que les étudiants en Angleterre, mais cette somme de travail, qu'ils font en plus, est représentée par les efforts de mémoire qu'ils sont obligés de faire pour se rappeler des termes de médecine qu'il leur serait facile

de retenir, si les racines grecques ne leur étaient pas inconnues. C'est une chose connue que les faits ou les mots isolés, qui n'ont pas d'idées associés, sont ceux qui demandent les plus grands effeorts de mémoire."

Voilà une opinion de confrère que je ne suis pas fâché d'enrégistrer et de porter à la connaissance des lecteurs de l'UNION MÉDICALE qui ne l'auraient pas lue dans le *Montreal Medical Journal.* Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que les professeurs anglais — ceux du McGill, en particulier — rendent témoignage à la bonne formation des étudiants de langue française. L'un d'eux a déjà reconnu que leurs élèves les plus brillants, tant dans l'étude du droit que de la médecine, sont ceux qui ont reçu leur éducation préliminaire dans nos maisons d'éducation françaises.

J.-E. DUBÉ.
Agrégé Médecin des Hôpitaux.

AVIS

XIIIe Congrès International de Médecine

Le secrétaire général informe tous les membres que le volume général, contenant les 17 rapports des différentes sections, est complété et prêt à être expédié à ceux qui ne l'auraient pas déjà reçu. Ils devront en faire la demande, *avant le 31 décembre*, aux éditeurs du Congrès, MM. Masson & Cie, Boulevard St-Germain, Paris.

COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC.

A une assemblée spéciale tenue à Québec, mardi le 26 novembre 1901, concernant les bénificiaires de la loi Roy, les résolutions suivantes ont été adoptées à l'unanimité :

Considérant que les tribunaux n'ont pas maintenu les prétentions du Collège des Médecins, qui exige de tous les bénéficiaires de la loi Roy que, pour avoir droit à la Licence du Collège, ils justifient, au préalable, de leur compétence à pratiquer la Médecine, en subissant, avec succès, leur examen professionnel, devant le jury des examinateurs du Bureau Médical.

Et attendu que le Collège des Médecins a épuisé toute la hiérarchie judiciaire de notre province, pour sauvegarder ce qu'il croit être les droits légaux de la profession et les intérêts du public, et que tous les tribunaux se sont prononcés contre cette prétention du Collège et l'ont, de plus, condamné à des dommages-intérêts en faveur des requérants ;

Il est en conséquence résolu :

1° Que le Collège accorde sa licence, sans examen préalable, quant à leur qualification scientifique médicale, à tous ceux qui, jusqu'à présent, ont obtenu le bénéfice de la loi Pinault ou de la loi Roy, et feront la demande de cette licence au secrétaire, en déposant les honoraires requis;

2° Que le Collège s'adresse le plus tôt possible à la législature pour faire amender sa charte et confirmer ses droits;

3° Que les officiers du Collège se mettent en communication avec les officiers du Barreau, de la Chambre des notaires et des autres professions incorporées, pour s'entendre sur les meilleures mesures à prendre pour résister, devant la législature, à toutes les demandes de législation privée et d'exception, dont la passation constitue une véritable injustice envers tous ceux qui se sont conformés aux exigences de la loi organique.

(Signés) J. A. MacDonald, C. R. Paquin, } Secrétaires.

AVIS.

Nous prions MM. les Annonceurs de vouloir bien s'adresser à M. J. Faudon, pharmacien, Officier d'Académie, 85, rue Turbigo, Paris, pour tout ce qui est du domaine des annonces françaises. M. Faudon ayant seul qualité pour traiter au nom de l'Union Médicale du Canada.

L'ADMINISTRATEUR,
G. de Werthemer.

SOCIETES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 29 octobre 1901

Présidence de M. le Dr DEMERS

RAPPORTS

1° M. MERCIER (Alphonse) présente le cœur, la rate et les reins d'un homme mort dans le service de médecine à l'Hôpital Notre-Dame. Il s'agit d'un malade mort qnelques jours après son entrée à l'hôpital avec des symptômes d'affection pulmonaire.

A l'autopsie, les poumons très gros, congestionnés, remplissent complètement la cage thoracique, ne s'affaisant pas au fond de la cavité pleurale après l'enlèvement du sternum. Aucune adhérence ni épanchement pleural. A la coupe les poumons sont criblés de petits grains grisâtres, demi-transparents, durs, saillants, répandus un peu partout dans le parenchyme ; mais pas très abondants. A part la congestion, aucune trace de pleurésie ou de lésions tuberculeuses anciennes. Les ganglions trachéo-bronchiques paraissent normaux.

La rate est grosse, pèse 14 onces et mesure 8, 4, 2 pouces dans ses trois diamètres. Congestionnée et molle, sans être diffluente. Ici encore infiltration de granulations miliaires aiguës, plus abondantes que dans le poumon. Quelques-unes en plusieurs endroits ont déjà subi à leur centre un commencement de dégénérescence caséeuse. L'examen microscopique montre nettement la présence de bacilles de Koch nombreux.

Le cœur très gros, volumineux, rappelle le cœur de bœuf des gens atteints d'insuffisance aortique ou de néphrite chronique. L'endocarde paraît sain ; les valvules n'offrent rien de particulier. Le myocarde est notablement hypertrophié, l'épaisseur des parois cardiaques atteignant le triple de ce qu'e le a normalement : la paroi du ventricule gauche, par exemple, mesure près d'un pouce d'épaisseur.

Le péricarde ne contient pas de 'liquide mais présente à la pointe, à la face antérieure et à la face postérieure des adhérences assez solides constituant une symphyse presque généralisée. Le péricarde, dans les points où il n'adhère pas, est épaissi, ferme, et donne à la coupe un aspect blanc nacré.

Vu l'absence de lésions endocardiques pouvant indiquer l'existence d'une affection rhumatismale ancienne, et la constatation d'une infection tuberculeuse, cette symphyse semble relever du bacille de Koch. L'examen microscopique de la paroi du péricarde, dont il sera parlé à une prochaine séance, pourra peut-être montrer ce qu'il faut penser de la pathogénie de cette symphyse.

Quant à l'hypertrophie du cœur, elle tient à l'existence d'une lésion rénale.

Les deux reins, en effet, présentent les caractères de l'affection connue sous le nom de maladie polykystique des reins; ils sont parsemés à la surface de bosselures, de kystes à contenu jaune citrin. Ces kystes très nombreux, saillants à la surface, pénètrent à l'intérieur de l'organe où l'on a peine à retrouver trace des pyramides et de la substance corticale, la parenchyme rénal ayant disparu devant cette abondante prolifération kystique. Contrairement à ce que l'on voit d'habitude, les reins sont petits, très atrophiés même, leur volume étant de beaucoup au-dessous de la normale. Mais l'aspect du rein, le grand nombre et la confluence des kystes semblent à eux seuls, suffisants pour porter le diagnostic de maladie polykystique des reins.

M. DUBÉ ne croit pas que l'on puisse se prononcer sur l'origine de la péricardite avant le résultat de l'examen histologique de la paroi du péricarde. Il a déjà rencontré plusieurs fois des péricardites chez de vieux brightiques.

M. DEMERS, qui a déjà eu le malade dont il est question dans son service avant sa dernière maladie, dit qu'alors le patient présentait tous les signes de néphrite chronique.

2° M. NORMANDIN présente à la société, au nom de monsieur Marien et au sien, une volumineuse tumeur utérine enlevée quelques jours auparavant. Le muscle utérin est très augmenté et rappelle assez justement celui d'un utérus gravide. L'élément néoplasique s'est développé aux dépens de la muqueuse utérine et fait absolument corps avec elle sur toute sa surface.

L'histoire de cette tumeur est intéressante à cause des difficultés qu'a présentées le diagnostic.

L'étude histologique de cette pièce sera faite et l'observation en sera rapportée en entier plus tard.

Mr Hervieux demande s'il ne vaudrait pas mieux présenter les pièces pathologiques en même temps que les travaux dont elles font le sujet. Ce serait une économie de temps, et la discussion serait plus instructive, en ce sens, qu'elle s'appuirait sur des travaux complets.

Mr Marien dit que les pièces pathologiques perdent vite leur aspect primitif dans les liquides conservateurs; c'est pourquoi il croit préférable de continuer à présenter les pièces le plus vite possible après leur ablation.

COMMUNICATIONS.

1° *Mr Laberge*, du bureau de santé de Montréal, donne une étude très intéressante sur le bureau de santé de Montréal, en rapport avec les maladies contagieuses. Il demande, en terminant, à la société de faire des suggestions sur les améliorations à apporter pour le bon fonctionnementde ce bureau. (Voir plus haut.)

Mr Hervieux dit que le service d'eau dans Montréal est très défectueux, et que c'est là, probablement, la cause des nombreux cas de fièvres typhoïdes qu'on y rencontre.

Mr Foucher propose d'ajouter à la liste des maladies contagieuses sous la surveillance du bureau de santé, l'ophthalmie purulente et le trachôme.

Mr LeSage proteste contre la suppression de la distribution gratuite du vaccin par la ville. Non seulement la ville devrait fournir le vaccin, mais encore, le sérum anti-diphtéritique. Ce serait un moyen très efficace de combattre les maladies contagieuses.

Mr Dubé croit qu'il vaudrait mieux former un comité qui s'entendrait sur

les réformes à proposer au bureau de santé, dans le but d'améliorer l'état sanitaire de la ville.

Mr Hervieux, secondé par Mr Marien, propose qu'un comité composé de MM. M. Foucher, Dubé, LeSage, Daigle et des officiers de la société, soit formé pour s'entendre avec le comité de santé des échevins de Montréal, au sujet des réformes demandées par les médecins.

L'assemblée ajoute les noms du proposeur et du secondeur de la motion à la liste des membres de ce comité.

2° *Mr Marien* donne lecture d'un travail sur *les tumeurs du sein et leur traitement*. Ce travail a été publié dans L'UNION MÉDICALE, octobre 1901.

Séance du 12 novembre 1901.

Présidence de M. le Dr. DEMERS.

Le comité formé à la dernière séance pour s'entendre avec le bureau de santé de Montréal, sur les réformes demandées par la société médicale, est prié de continuer ses travaux.

RAPPORTS.

M. GRAVEL, présente les organes d'un malade mort à l'Hotel-Dieu d'un cancer du pylore. Le pylore est très rétréci et est complètement entouré par un anneau cancéreux. Aucune altération au pancréas. Le foie contenait un petit noyau secondaire.

M. MARIEN remarque que, contrairement à ce que l'on rencontre dans presque tous les cas de cancer du pylore avec rétrécissement, l'estomac de ce malade était très rétractée et ne contenait pas d'aliments à l'autopsie.

COMMUNICATIONS.

1° M. LESAGE fait une communication sur l'*anesthésie chirurgicale par le chloroforme et par l'éther*. (Voir plus haut.)

M. ASSELIN se prononce en faveur de l'anesthésie par le chloroforme ; sa statistique porte maintenant sur au delà de mille cas de chloroformisation sans un seul accident.

Celui qui administre le chloroforme doit prêter une grande attention au pouls de son malade. C'est en se rendant compte très souvent de l'état du cœur et des reins, dit-il, que l'on préviendra les accidents si redoutables de la chloroformisation. Celui qui administre le chloroforme doit, constamment, s'occuper de son malade et rien que de son malade.

Mr Lasnier fait quelques remarques sur l'anesthésie dans les hôpitaux anglais, et sur les appareils dont on se sert pour administrer le chloroforme.

Mr St-Jacques demande l'opinion de Mr LeSage, sur la méthode d'anesthésie qui consiste à administrer, d'abord, l'éther, jusqu'à la production du sommeil, puis le chloroforme pendant l'opération.

Mr LeSage. Je ne connais pas cette méthode et je ne vois pas bien quel avantage elle peut apporter, attendu que les dangers par le chloroforme existent au début comme à la fin de l'anesthésie. Une autre méthode, qui est bonne aussi, est celle qui consiste à administrer, d'abord, le Bromure d'Ethyle, puis le chloroforme. On l'emploie avec succès chez les personnes nerveuses qui font pressentir une agitation un peu vive au début.

Mr Demers dit que les statistiques sont aujourd'hui beaucoup plus favorables au chloroforme qu'elle ne l'étaient autrefois, et ceci tient à la qualité supérieure du chloroforme employé, et aussi, beaucoup à la manière dont il est administré aujourd'hui.

Mr Dubé. Mr le président dit que l'on sait mieux administrer le chloroforme aujourd'hui—Cependant, je ne vois pas que la Faculté fasse de grands efforts pour enseigner à ses élèves comment administrer les anesthésiques. Les élèves devraient, chacun à leur tour, dans les hôpitaux, administrer le chloroforme sous la surveillance de l'interne—Ces quelques leçons pratiques seraient très utiles aux étudiants.

2° *Mr LeCavalier* donne lecture d'un travail sur la *Syphilis et sa prophylaxie*, et passe en revue les différents moyens dont peut se servir l'autorité municipale pour arrêter les progrès de cette maladie.

Mr Dubé est aussi en faveur des dispensaires du soir demandés par Mr LeCavalier, pour la cure des maladies vénériennes.

Mr LeSage dit que les élèves tireraient un grand avantage de la création de ces dispensaires, et que le besoin se fait fortement sentir, d'avoir dans les hôpitaux des services des voies urinaires séparés.

3° *MM. St-Jacques et Marien.* Communications sur le *Cancer intestino-péritonéal.* Cette commuuication est faite au sujet de deux malades qui se sont présentés dans le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, avec des symptômes de péritonite tuberculeuse, et dont le diagnostic n'a pu être éclairci, même après la laparatomie que par le microscope.

Cette publication sera publiée dans l'UNION MÉDICALE, en décembre.

Mr Mercier (*Alphonse.*) Mr St-Jacques nous a parlé dans son observation de la généralisation du cancer au péritoine. Mais je n'ai pas remarqué s'il nous a parlé de l'endroit d'ou venait le cancer primitif, cause de cette généralisation si étonnante.

Mr St-Jacques. Le cancer primitif venait de l'intestin.

Prochaine réunion de la société, mardi 26 novembre 1901.

Le Secrétaire,
J.P. DÉCARIE.

NOMINATION

Nous offrons nos félicitations à l'un de nos directeurs, monsieur le docteur Boulet, qui vient d'être nommé ophtalmologiste et laryngologiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Le SEDLITZ MARFFAN, granulé, à la menthe et à l'anis, à la dose d'une cuillerée à thé le matin, agit bien dans les cas de constipation habituelle.

En vente dans toutes les pharmacies.

ANALYSES

THERAPEUTIQUE

Contribution au traitement des anévrysmes de l'aorte par les injections sous-cutanées de gélatine.—(Méthode de Lancereaux), par A.-J.-B. POTIEZ, de Catillon-sur-Sambre.—(*Gazette des Hôpitaux, 29 juin 1901*).

M. Potiez rapporte d'abord la technique employée par M. Lancereaux :

Gélatine blanche.	5 grammes (75 grains)
Solution Nacl à 7 p. 1000	200 c. c. (6¼ onces)

On place cette solution dans un ballon que l'on ferme à la lampe et on le stérilise à 120 degrés. Il est bon de faire préparer d'avance plusieurs ballons stérilisés ; on les met quelques jours à l'étuve à 38 degrés et on jette ceux qui se troublent et dont la gélatine ne se solidifie pas par le refroidissement.

Pour injecter la solution de gélatine sous la peau : se servir d'un matras de 500 centimètres cubes (1 chopine) en verre stérilisable à 120 degrés, l'on peut stériliser en y faisant tout simplement bouillir de l'eau pendant un quart d'heure.

Au matras s'adapte un bouchon de caoutchouc traversé de deux tubes en verre ; l'un d'eux plonge au fond du matras et se trouve relié par un tube de caoutchouc avec une aiguille en platine iridié de fort calibre, l'autre très court est relié par un tube en caoutchouc avec une pointe à soufflerie. Sur le trajet de ce dernier tube, se trouve un petit ballon de verre, rempli d'ouate et destiné à purifier l'air qui va comprimer le liquide.

On stérilise tout l'appareil, on place le ballon de gélatine dans un bain-marie à 37 degrés, et lorsque la gélatine est liquéfiée, on verse dans le matras stérilisé que l'on ferme rapidement par le bouchon stérilisé lui aussi.

Le matras est alors placé dans un bain-marie à 37 degrés.

On lave soigneusement le champ opératoire, de préférence la fesse, et l'on y introduit profondément l'aiguille dans le voisinage de l'aponévrose sous-jacente.

L'injection doit être faite rapidement et terminée en dix minutes, tout au plus un quart d'heure. Dans ces conditions, l'injection n'est pas douloureuse, l'absorption est rapide et n'est suivie d'aucune réaction générale ou locale.

Recommander le repos absolu au malade, s'abstenir de palper la poche anévrysmale immédiatement après l'injection.

Cette méthode n'est pas toujours facile à appliquer, surtout en campagne. M. Potiez préfère la méthode de MM. Legry et Lemasle à la portée de tous.

La solution dans ce cas-ci diffère légèrement de la première :

Chlorure de sodium.	1 gramme 40 (22 grains)
Gélatine extra-blanche.	4 grammes (1 drachme)
Eau stérilisée, q. s. pour.	200 cent. cubes (6¼ onces)

On porte à l'autoclave à 110 degrés pendant dix minutes, on filtre à chaud sur un filtre chardin, cette solution est placée dans des flacons à large ouverture d'une capacité d'environ 100 centimètres cubes (3 onces) préalablement stérilisés, et l'on porte de nouveau à l'autoclave à 110 degrés.

Il faut éviter de stériliser à une trop grande chaleur pour ne pas décomposer la gélatine. Conserver les flacons bien bouchés à l'émeri et recouverts d'une ouate antiseptique.

On ne saurait prendre trop de précautions dans la préparation du sérum gélatiné, la gélatine étant un excellent milieu de culture pour les microbes pathogènes.

H. HERVIEUX.

Traitement de l'artério-sclérose cérébrale par le sérum inorganique, (par LEVI, *Gazette Hebdomadaire*, 1901, p. 949.)

L'auteur préconise un traitement qui a déjà eu un certain retentissement. Tous les phénomènes connus de la sclérose cérébrale, anémie, congestions, aphasie, troubles visuels, et sont dus à une altération des vaisseaux. L'auteur a employé avec succès un traitement décrit déjà par Trunecek. Il préconise la formule suivante :

Sulfate de soude	0 g. 44	centigs.
Chlorure de sodium	4 g. 92	"
Phosphate de soude	0 g. 15	"
Carbonate de soude	0 g. 21	"
Sulfate de potasse	0 g. 40	"
Eau distillée q. s. pour	10	grammes.

En injections sous-cutanées, tous les jours ou tous les deux jours, à la dose de à 1 à 5 c. c. (20 à 100 gouttes.) Pas de douleurs.

Sous l'influence de ce traitement, on sent disparaître, peu à peu, tous les troubles énumérés plus haut. Les vertiges, les sensations paresthésiques et les phénomènes visuels s'atténuent rapidement.

Traitement de la goutte, par KUSTER, (dans *Revue Thérapeutique*, 15 oct. 1901.)

L'auteur s'étonne de ce que l'on fait pour chercher un traitement contre la goutte, alors que nous avons un médicament héroïque contre elle, c'est-à-dire, la colchicine.

L'auteur préconise la formule suivante :

Colchicine	opr. 05 centigs.
Extr. de réglisse Poudre de réglisse	*aa* 1 gr. 50

Mêlez, faites 20 pilules.

Deux à quatre pilules en deux jours. Après 24 heures, il y a un mieux sensible, et la guérison est complète en quatre ou cinq jours.

L'auteur prétend qu'on peut enrayer la diathèse goutteuse en suivant un traitement à la colchicine durant quelque temps : le seul inconvénient est la toxicité du médicament. L'auteur attribue à la colchicine, le fait de n'avoir pas de difformations articulaires.

Le régime carné est contraire. Les eaux acidulées conviennent mieux.

L'alcool dans l'empoisonnement par l'acide carbonique, par RODMAN, dans *Merck's Arch.*, août 1901.

L'auteur rapporte un cas d'empoisonnement par l'acide carbonique pur— A son arrivée, le malade était dans le collapsus. Il se hâta d'introduire le tube stomacal dans l'estomac et y fit passer environ quatre onces d'alcool. Un peu plus tard, deux ou trois minutes après, il fit un nouveau lavage avec une solution alcoolisée chaude. Une heure plus tard l'état inconscient disparaissait et l'état générale remontait. Quelques jours plus tard, la guérison était complète.

L'auteur estime que l'alcool est le meilleur antidote dans l'empoisonnement par l'acide carbonique. Introduit dans la pratique courante par Phleps et Ponel, il a été employé avec succès depuis ce temps.

L'auteur a comparé les cas d'empoisonnement avec ou sans emploi d'alcool et il conclut en faveur de ce dernier comme antidote puissant, dont les résultats favorables sont évidents d'après l'étude des observations publiées jusqu'à ce jour.

J. A. LESAGE.

PÉDIATRIE

Fièvre Scarlatine.

La statistique fournie par le rapport du Minturn Hospital, New-York, est très instructive à cause du nombre de cas de scarlatine traités dans cette institution, et surtout à cause de l'observation quotidienne des malades et des symptômes qu'ils ont présentés. Au cours de l'année 1900, cent-six scarlatineux furent admis à l'hôpital. De ce nombre 43 étaient âgés de moins de 15 ans. Deux malades seulement sont morts, un enfant de 6 ans avec suppression complète des urines, et un enfant de 3 ans, ayant souffert d'otité moyenne et de pneumonie. Cette mortalité si faible laisse supposer que la scarlatine n'était pas du plus mauvais type.

La période d'incubation fut en moyenne de 6 à 8 jours. Presque tous les malades présentèrent de l'angine dès le début de la scarlatine. Les vomissements furent marqués dans 60.4 pour cent des cas, et le frisson dans 30.2 pour cent. L'éruption généralement typique fut hémorragique dans 4.9 pour cent des cas. Dans 6 pour cent des malades la rougeur de l'éruption était remplacée par une éruption miliaire suivie d'une desquamation marquée La desquamation se présenta aussi souvent que l'angine du début. La desquamation débuta presque toujours sur le bord des oreilles avant même que l'éruption générale fut pâlie. Dans quelques cas cependant la desquamation n'était sensible qu'au moment où la peau des mains et des pieds commençait à s'enlever. Ce n'est qu'après 47 jours en moyenne que cessait la desquamation, et tous les moyens employés pour hâter cette opération échouèrent infailliblement. Les complications du côté des reins furent rares et un seul malade en mourut. L'albuminurie fut constatée dans 31.1 pour cent de tous les malades, elle fut passagère sauf pour 14.5 pour cent des cas, où elle dura plus longtemps que deux jours.

Ce peu de complications rénales peut assurément être attribué aux soins des malades gardés au lit pendant 25 jours en moyenne et soumis au régime lacté absolu. L'otite moyenne séreuse et purulente fut observée dans 16 pour cent et 47 pour cent des cas respectivement.

La bronchite, la pneumonie, l'endocardite, le rhumatisme et la chorée furent également observés.

Ce rapport démontre fortement l'avantage retiré par le scarlatineux qui séjourne au lit pendant toute sa maladie. Le régime lacté, voilà ce qui assure le bon fonctionnement des reins pourvu qu'il soit institué dès le début de la maladie et continué tant que le danger d'une congestion rénale persiste.

Une dernière vérité ressort de l'étude de ce rapport, rien ne peut raccourcir la période de desquamation, pas même les bains, ni les frictions avec les pommades antiseptiques.

J. E. DUBÉ.

OBSTÉTRIQUE

Traitement de l'Infection puerpérale, par Prof. BUDIN, dans *Journal des Sages-femmes*, 16 sept. 1901.

"Dès que vous observez l'état fébrile chez une femme récemment accouchée, dit Budin, vous devez rechercher si *cet accident* n'est pas dû à de l'infection, et vous éclairer sur ce point."

Et l'auteur indique sommairement à quels signes on la reconnait.

1° Un symptôme de grande importance est la *pénétration facile du doigt* dans la cavité utérine. L'inocuité d'un semblable toucher réside dans la parfaite asepsie du vagin et du doigt.

2°. La *fétidité des lochies* en général a une grande valeur, quoiqu'il y ait des cas d'infection sans odeur fétide.

3° Le mauvais caractère—subit et passager—est un autre indice.

4° Enfin, une élévation de température et une accélération du pouls sont deux critériums utiles.

Une fois l'infection constatée, l'indication première est de faire le nettoyage de la cavité utérine.

1° Lavage au biiodure de mercure à 1 p. 4,000, suivi d'un grand lavage à l'eau bouillie si on craint une intoxication intra-utérine. Cela suffit dans les cas ordinaires.

2° S'il y a des débris de membranes ou de placenta, il faut faire davantage, La femme est chloroformisée et mise dans la position obstétricale, puis, toutes les précautions antiseptiques étant prises, le professeur Budin fait le curettage de la cavité utérine avec son doigt, qu'il préfère à la curette—qu'il a, du reste, complètement abandonnée. Ce curettage est suivi de lavages répétés avec le biiodure et l'eau bouillie. A ce moment, on fait, au moyen d'un écouvillon-une application intra-utérine de glycerine créosotée, au sixième ou au cinquième. Nouveau lavage au biiodure et à l'eau bouillie, suivi d'un pansement à la gaz iodoformée, qu'on enlève au bout de 18 heures environ. On fait un nouveau lavage suivi d'un pansement vulvaire antiseptique. On a, naturellement, pris le soin d'abaisser l'utérus au moyen de deux pinces à traction.

J.-A. LESAGE.

PHARMACOLOGIE.

I. — Bronchite aigue chez l'enfant.

℞

Iufusion de polygala	100. gram	f 3 onces.
Sirop de capillaire	30. gram	f 1 once.
Eau chloroformée	20. gram	f 5 drs.
Oxyde blanc d'antimoine	0.50 à 1	8 à 15 grs.

Une cuillerée à café à toutes les 2 henres.

℞

Julep gommeux	80 gram	2½ onces.
Sirop diacode . . . . . }	ââ 20 gram . .	f 5 drs.
Alcoolat de mélisse . . . . . }		
Chlorhydrate d'ammoniaque	2 gram	30 grains.

Une cuillerée à thé à toutes les 2 heures.

Dans Bronchitte généralisée, J. Simon admininistre l'ipéca :

℞

Poudre d'ipéca.	30 cent. à 1 gram.	5 à 15 grains
Sirop de violettes	30 gram.	1 once
Looch blanc du codex.	120 gram.	4 onces

Par cuillérées de 10 en 10 minutes jusqu'à vomissements.

Marfan dans bronchite intense des nourissons prescrit :

℞

Infusion de racines d'ipéca., ...	10 à 20 centig. pour 100 2 à 4 grains pour 3 onces
Sirop de capillaire.	5 drachures
Eau de laurier-cerise	15 gonttes
Terpine ou Benzoate de Soude.	6 grains

Au dessous de 2 ans, autant de cuillérées à dessert que l'enfant compte de trimestres. On peut ajouter 0 50 centigr (10 grs.) d'antipyrine à cette potion si la fièvre est très élevée.

II. — Bronchite aigue chez l'adulte.

℞

Eau de laurier-cerise . . . . . }	àà once
" de laitue . . . . . }	
" de tilleul . . . . . }	
Sirop diacode . . . . . }	

Par cuillerées à bouche.

℞

Sirop diacode.	3 onces
Eau de laurier-cerise	5 drachmes
Teinture de racines d'acouit	30 gts.

Une à deux cuillérées à bouche le soir au coucher.

℞

Infusion de douce-amère	3 onces
Sirop diacode	6 drachmes
Oxymel scillitique	6 —
Carbonate d'ammoniaque	15 grains

(Ferrand).

Contre toux rebelle :

℞.

Eau de fleurs d'oranger	2½ onces
Sirop de chloral }	aa 6 drachmes.
Sirop de morphine }	
Eau de laurier-cerise	2 onces

Une grande cuilléré à toutes les trois heures.

(Dieulafoy).

BIBLIOGRAPHIE

Matière médicale zoologique—Histoire des drogues d'origine animale, par H. BEAUREGARD, professeur à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris. Revisé par M. Couttière, professeur agrégé de l'Ecole supérieure de Pharmacie. Avec préface de M. D'Arsonval, professseur au Collège de France, membre de l'Institut. C. NAUD, éditeur, 3, rue Racine, Paris. 1 volume in-8 carré de 424 pages, avec 4 planches en couleurs hors texte et 144 figures en noir. Prix, broché, 12 fr.

Le livre de Beauregard, que nous présentons aujourd'hui au public, est le plus complet que l'on ait écrit sur la matière médicale zoologique. Les recherches qui ont rempli la vie de Beauregard ont porté en grande partie sur ce sujet, elles ont contribué beaucoup à en éclaircir les points contestés, et l'on trouvera dans ce livre la substance de tout ce que ses principaux travaux renferment d'essentiel. Nous signalerons particulièrement les chapitres ayant trait aux glandes odorantes des Mammifères, aux Cétacés et aux substances qu'ils fournissent, aux Insectes vésicants, auxquels il a été donné un développement que l'on ne trouvera nulle part ailleurs, comme partie zoologique, pharmacognosique et commerciale.

Les figures accompagnant le texte de ces chapitres sont de même entièrement originales, et pour la plupart inédites.

Ce livre trouvera certainement auprès des étudiants et des naturalistes l'accueil qu'il mérite, par sa parfaite documentation, la conscience et la clarté avec lesquelles il est écrit.

Les Processus Généraux.—Histoire naturelle de la maladie.—Hérédité—Atrophies—Dégénérescences—Concrétions—Gangrènes, par M. CHANTEMESSE, professeur de Pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, médecin des hôpitaux, et W.-W. PODWYSSOTSKY, doyen de la Faculté impériale de médecine d'Odessa, professeur de Pathologie générale à la même Faculté. C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris. 1 vol. in-8 jésus de 444 pages, avec 55 figures en noir et 107 en couleurs. Prix, broché, 22 fr.

Le premier volume des *Processus généraux*, qui vient de paraître, débute par l'étude de l'histoire naturelle de la maladie ou mieux de l'homme malade ; il expose ensuite l'étiologie générale des maladies et, en particulier, le rôle de l'hérédité envisagée au point de vue cytologique, physiologique et pathologique. Avec le chapitre III commence la description des troubles atrophiques de la nutrition cellulaire qui comprend les diverses dégénérescences (parenchymateuse, hyaline, amyloïde, cornée, vésiculeuse, muqueuse, colloïde, glycogénique, graisseuse, pigmentaire). Les chapitres qui traitent ces divers sujets envisagent l'étudent des causes, du mode de formation, de l'évolution des altérations cellulaires et, comme corrollaire des modifications morphologiques signalées dans quelques-uns d'entre eux, ils passent en revue et soumettent à la critique les doctrines pathogéniques du myxœdème, de l'obésité des diabètes, de la maladie d'Adisson, etc.

Dans les troubles atrophiques de la nutrition cellulaire prend place l'étude des incrustations calcaires, des concrétions uratiques, des calculs biliaires, urinaires, intestinaux, bronchitiques, des dépôts exogènes provoqués par l'usage de certains médicaments, ou par les inhalations de poussières diverses, etc.

Le premier volume se termine par l'exposé des mortifications cellulaires et la description des diverses gangrènes.

Un grand nombre de figures, plus de cent cinquante, dont la plupart coloriées, sont insérées dans le texte.

Le second et dernier volume des *Processus généraux* paraîtra en 1902. Il comprend, avec la même méthode d'étude suivie dans le premier volume, la descriptions des hypertrophies, des tumeurs, des régénérations d'organes, la pathologie de la circulation, celle du sang et de la lymphe, l'inflammation, la fièvre.

XX.

DECEMBRE 1901

SOMMAIRE

MÉMOIRES.

719 — Ostéopathie systématisée..... *Mercier et Bernier*

730 — Cancer intestino-péritonéal ..... *St-Jacques et Marien*

737 — Les sinusites ou suppurations des cavités de la face..... .... *Boulet*

REVUE GÉNÉRALE.

748 — Traitement des bronchites chroniques..... *Hervieux*

ACTUALITÉS MÉDICALES.

753 — Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie..... .... *Dubé*

SOCIÉTÉS.

765 — Société Médicale de Montréal. Séances du 26 novembre et du 10 décembre..... .... *Décarie*

ANALYSES.

CHIRURGIE.

769—Deux cas de mort immédiate par rachicocaïnisation, *Marien*

THÉRAPEUTIQUE.

770 — Nouvelle contribution à l'étude clinique de l'érysipèle..... .... *Hervieux*

BIBLIOGRAPHIE.

772 — Guide de l'examen gynécologique. — Conférence pour l'internat des hôpitaux de Paris. — Cliniques médicales iconographiques.

TABLE DES MATIÈRES.

MEMOIRES

OSTÉOPATHIE SYSTÉMATISÉE [1]

Ostéopathie hypertrophiante dite d'origine pneumique chez un enfant de 11 ans

PAR MESSIEURS

ALPHONSE F. MERCIER,
Docteur en médecine de l'Université de Paris,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,

ET

ARTHUR BERNIER,
Professeur agrégé à l'Université Laval
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Avila Demers de pouvoir vous présenter un cas d'ostéopathie systématisée. Avant de vous faire voir notre petit malade, nous allons vous lire, en la résumant, son histoire clinique.

A. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.—Le père est vivant, bien portant, robuste, et n'a jamais été malade. Autrefois cultivateur, il est maintenant journalier et habite la ville depuis cinq ans avec sa famille.

La mère, jusqu'au printemps de 1901, avait toujours elle aussi joui d'une excellente santé. Mariée depuis quinze ans, elle était de nouveau enceinte pour la 14e fois, quand au mois de mai de cette année elle contracte la fièvre typhoïde. Transportée à l'hôpital elle accouche prématurément de deux jumaux, quelques jours après son entrée dans le service et meurt d'hémorrhagie pendant la délivrance.

Jamais d'autre accouchement avant terme.

Des 15 enfants, 5 sont morts en bas âge, 1 a été victime d'un accident, 2 sont venus au monde avant terme à trois mois, les 7 autres sont vivants, bien portants et n'offrent rien de particulier à noter si ce n'est celui qui fait le sujet de la présente observation.

B. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.—Notre petit malade est âgé de 11 ans. A son arrivée à la ville, il y a cinq ans, contracte la rougeole, mais la maladie est bénigne et guérit complètement sans laisser de trace. En 1899 il tombe, tête première, d'une hauteur de deux mètres sur un pavage en pierre et reste à la suite une heure sans connaissance. Application de glace sur la tête. Revenu à lui se plaint de douleurs de tête pendant quelques jours, se rétablit complètement et retrouve bientôt sa bonne santé habituelle. La rougeole et cet accident constituent en somme tout son passé pathologique. " C'était, nous dit le père, un gros garçon, plein de santé, très vigoureux pour son âge, alerte et intelligent. Avec ça, doué d'un appétit peu ordinaire, le portant de préférence vers la viande, la charcuterie. Dans la famille on le surnommait en plaisantant le gros mangeur."

[1] Communication lue à la Société Médicale de Montréal, séance du 26 novembre 1901.

C. MALADIE ACTUELLE.—La maladie actuelle semble avoir débuté au printemps de 1901. Fin avril ou commencement de mai, l'enfant qui jouait sur les bords du canal, tombe dans l'eau glacée de la rivière. Il parvient, non sans peine, à se tirer de là et rentre chez lui, où sa mère le change d'habits, lui fait un grog, cherche enfin à le réchauffer. Les jours suivant l'enfant continue à aller et venir, à s'amuser avec ses petits camarades, mais sans mettre au jeu le même entrain qu'autrefois. Souvent même il quitte ses compagnons pour venir à la maison se plaindre de malaises vagues, de douleurs sourdes dans tous les membres. Il se fatigue rapidement, et son bel appétit d'antan devient capricieux, difficile. Jamais on n'a pris la température.

A la fin de mai, apparait sur le cou, du côté gauche, derrière l'angle de la machoire, une petite tumeur, peu douloureuse, grosse comme une noisette, roulant sous le doigt et apparemment constituée par un ganglion hypertrophié? Au commencement de juin, l'état du malade s'aggrave et M. le Dr Trudeau, appelé pour la mère, est prié de regarder l'enfant. La fièvre, les douleurs articulaires font croire à un rhumatisme infectieux. En même temps on découvre à l'intérieur de la bouche une autre tumeur, siégeant sur le palais, près du pilier, à gauche. Cette seconde bosse est molle, fluctuante, un peu douloureuse et gène l'alimentation. Sur le conseil d'un spécialiste, on l'incise et on en retire quelques gouttes de liquide clair.

La maladie progresse de plus en plus, et l'enfant en arrive à ne plus sortir de la maison, mangeant à peine, tantôt incommodé par sa fièvre, tantôt agité de petits frissons. Lui naguère si éveillé, si alerte, il est devenu apathique, insouciant, passant volontiers la journée au lit, dans une demi-somnolence. Vers la fin de juin il remarque pour la première fois l'enflure de ses mains et des pieds, constate que sa glande cervicale augmente de volume, et à la mort de sa mère, demande de lui-même d'être envoyé à l'asile de Montfort.

Il y passe deux mois, toujours aussi malade, toujours secoué par la fièvre. L'amaigrissement fait des progrès rapides, le malade perdant 15 kilog. en soixante jours ; le gonflement des extrémités s'accentue beaucoup, enfin il s'opère chez le patient un tel changement que le Dr Trudeau, en le voyant dans le service, a peine à le reconnaître.

D. Examen du malade. — Le patient entre à l'hôpital le 14 octobre 1901. Il est assez grand pour son âge, mais très amaigri. L'émaciation porte surtout sur le thorax, les cuisses, les bras, et l'on sent nettement à la palpation que l'humérus, le fémur, les côtes ne sont plus guère recouverts que par la peau ; encore celle-ci est-elle amincie, sèche, rugueuse, finement squameuse.

Mais ce qui frappe plus particulièrement l'observateur, c'est le volume exagéré des mains, des pieds, des avant-bras et ses jambes. Il y a là, hypertrophie manifeste, sans rapport avec l'âge du sujet, et d'autant plus évidente que l'atrophie des bras et des cuisses semble vouloir encore exagérer la disproportionnalité des divers segments de membres les uns vis-à-vis des autres.

Les mains, surtout, sont absolument remarquables, et l'on s'en rendra compte par les photographies. Elles sont épaisses, courtes, aussi larges que longues

sans atrophie des éminences thénar et hypothénar ; c'est la main en battoir de l'acromégalique. Les doigts courts, énormes, comme rembourrés, ramassés sur eux-mêmes, sans altération de leur forme générale, ressemblent véritablement à des saucissons et nous fournissent, par la déformation en baguette de tambour de la phalangette, un bel exemple de doigts hippocratiques. On remarque un sillon assez profond au niveau de l'articulation de la 2° et de la 1° phalange. Les ongles, enfin, sont réguliers, durs, fermes, sans striation d'aucune sorte et fortement incurvés dans tous les sens, répondant ainsi aux ongles dits en verre de montre. Les téguments au niveau de la phalangette sont rouges congestionnés, épaissis.

L'hypertrophie, moins évidente à la région du carpe, se retrouve à l'avant-bras, où elle affecte surtout l'extremité inférieure de ces deux os. Le poignet, plus particulièrement, est énorme, presque aussi large que la main, et aussi gros, en tous cas, que celui de plusieurs étudiants du service. Les bras semblent atrophiés.

Aux pieds et aux jambes, les déformations sont calquées sur celles du membre supérieur. Le pied est épais, large et plat par affaissement de la voute plantaire ; les orteils en battant de cloche sont gros, courts et les ongles durs, incurvés dans tous les sens et ne présentent pas trace de striation. Les malléoles comme les poignets sont très augmentées de volume et les os de la jambe, surtout le tibia, nous paraissent rélativement, beaucoup plus hypertrophiés que ceux de l'avant-bras.

Les genoux sont gros, globuleux, mais ici, l'accroissement de volume est le fait d'une hydarthrose assez abondante. L'articulation à part ça est saine, et la rotule est normale.

Ajoutons qu'à part les membres, les clavicules, les omoplates, le long du bord spinal, et le maxilaire inférieur, du côté gauche, présentent également des traces d'hypertrophie, et qu'il est facile de voir par la palpation et la radiascopie qu'il faut attribuer à l'accroissement du squelette la plus grande part de ces déformations. Nous donnons plus loin, avec les clichés radiographiques, un tableau comparatif des mensurations prises chez notre patient et sur un autre enfant de service, agé de 11 ans, bien portant et bien constitué.

Malgré ces malformations, les membres ont conservé tous leurs mouvements. La marche est possible, mais lente, le malade trainant les pieds et se fatiguant rapidement. Debout il tient la tête tournée à gauche, et inclinée sur l'épaule gauche, laquelle est d'ailleurs plus haute que l'autre. On dirait un individu atteint de torticolis. Au lit, le malade se couche de préférence sur le côté droit, et pour se mettre sur son séant, commence toujours par se tourner de ce côté, a tumeur cervicale lui interdisant toute autre manière de se lever sans douleur.

Le facies spécial de notre malade a donné à quelques-uns de nos collègues l'impression d'une dégénérescence mentale. Nous avouons ne pouvoir accepter cette manière de voir. Sans doute, notre sujet a le front bas, la bouche continuellement ouverte, les oreilles grandes, épaisses, détachées, un certain degré d'asymétrie faciale, mais jamais, depuis son entrée, il n'a manifesté de signe évident d'affaiblissement de ses facultés intellectuelles. Comme tous les enfants de sa condition, il est plus au moins développé, mais enfin il sait lire et écrire, saisit immédiatement ce qu'on lui dit, se prête de bonne grâce à ce qu'on exige de lui, sait parfaitement ce qu'il veut, et s'exprime de façon très satisfaisante, sinon avec facilité. Tous ces pseudo-stigmates de dégénérescence cérébrale se peuvent d'autre part, très bien expliquer par l'existence de sa tumeur buccale, des végétations adénoïdes et par l'épaississement de la branche horizontale du maxillaire inférieur. La rougeur, le gonflement, la forme de l'oreille ne sauraient davantage avoir aucune valeur au point de vue qui nous occupe, puisque ces altérations sont apparues après le début de sa maladie ; elles seraient antérieures que leur signification, pour nous, resterait la même. Tant qu'au volume de sa tête, il ne cesse pas d'être normal, puisque la circonférence sus occipito-frontale chez un enfant de 11 ans, d'après Rotch, mesure en moyenne 56 mill.

Notons, pour compléter la description de l'extremité céphalique, que la forme de la tête est régnlière, en pain de sucre, sans saillie, ni bosse anormale. Nombreuses cicatrices du cuir chevelu. Les paupières, surtout la gauche, sont rouges, pigmentées en brun foncé, épaissies, d'où léger ptosis. Presque tout le côté gauche de la figure est recouvert d'un fin duvet, soyeux, long et abondant, (alors que les aisselles, le pubis, sont vierges de tout cheveu.)

Derrière l'angle de la machoire, à gauche, existe une tumeur grosse comme un jaune d'œuf, douloureuse, encore mobile profondement, sans adhérences à la peau qui est normale. Cette tuméfaction, constituée par un gauglim hypertrophié, est rénittente, peut-être fluctuante, et n'a jamais été ouverte.

L'exploration de la cavité buccale, pratiquée par le Dr Duhamel, laisse voir une autre tuméfaction, aussi grosse que la précédente, siégeant à gauche, sous la voûte palatine, et refoulant la luette du côté droit. Cette tumeur est rouge, molle, douloureuse, rénittente. Elle se prolonge du côté du pharynx entre les piliers et obstrue la trompe d'Eustache et le choâne du même côté, d'où gène de la phonation et de la déglutition. Une ponction capillaire ne retire rien. Le pharynx à sa partie supérieure est quasi comblé par un gonflement oedémateux, dépressible, saignant facilement, et donnant au doigt une sensation lardacée. Les deux narines sont remplies de pus, la droite seule donne passage à l'air. La respiration est, du reste, entièrement buccale. L'audition est bonne des deux côtés, et le fond de l'œil ne présente aucune altération.

L'examen des principaux organes cavitaires, fait avec soin et répété plusieurs fois, donne le résultat suivant :

Le cœur est sain. Les bruits sont normaux. Pas d'hypertrophie, ni de frémissement ; pas de frottement péricardique ni de symphyse.

Pouls régulier, 130 à la minute.

Pression artérielle, 7.

Le poumon n'offre rien de particulier. Le murmure respiratoire, les vibrations thoraciques sont normales. Sonorité peut-être un peut moindre à droite. *Se rappeler que le malade n'a jamais souffert d'affection pulmonaire.*

Rien au foie.

La rate n'est pas perceptible, ni à la palpation, ni à la percussion.

L'abdomen est souple, peu douloureux. Aucun signe pouvant indiquer l'existence d'une tumeur rénale ou autre.

L'estomac n'est pas dilaté, ne clapote pas. L'appétit est médiocre, les digestions satisfaisante. Selles plutôt fréquentes.

Les reins fonctionnent régulièrement.

Les reflexes rotuliens, achilléen, plantaire, crémastérien sont normaux.

La sensibilité au contact, à la piqûre, à la température n'est pas modifiée. Le sens stéréognostique est intact.

L'état mental est satisfaisant.

Les organes génitaux sont normaux.

La glande thyroïde ne paraît pas atrophiée.

Enfin le cou, les aines, les aisselles sont parsemées de petits ganglions dures, indolents, mobiles, indépendants les uns des autres et roulant sous le doigt.

ANALYSE D'URINE.—L'analyse des urines a porté sur trois échantillons et donne en résumé le résultat suivant :

Quantité plutôt diminuée, environ 700 grs. dans les 24 heures. Peut-être l'abondance de ses diarrhées explique-t-elle ce phénomène.

Couleur jaune ambrée, aspect un peu trouble (avant filtration).

Dépôt blanchâtre assez abondant au repos.

Réaction faiblement acide. Densité, 10.20 environ.

Pas d'albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

Urée, 10 gr. au litre.

Pas de cylindres, ni épithéliums.

Le dépôt est en grande partie formé de cristaux, de carbonate de chaux, et le dosage de la chaux donne 364 milligr. au litre, ce qui représente le chiffre normal chez l'adulte.

EXAMEN DU SANG.

Deux examens de sang, provenant de la pulpe du doigt, ont donné, en moyenne:

Hématies	5288000
Hémoglobine	55/100
Leucocytes	32000

Deux examens de sang pris sur le bras, ont donné, en moyenne :

Hém	4216000
Hémog	55/000
Leucoc	31620

L'état congestif. la stase sanguine, observée au niveau de l'extrémité digitale de notre malade, nous fournit l'explication de l'hyperglobulie que nous trouvons dans nos premiers examens. L'anémie est notable, et la leucocytose se caractérise surtout par la prédominence des polynucléaires. Voici du reste le pourcentage des diverses variétés de leucocytes :

	Mononucl.	Eosinoph.	Polynucléaires.
Télesph. V	4.89 p. c,	6.7 p. c.	88.4 p. c.
Normale (1)	38.	1.5 à 2.	65.

(1) Joly, cours du collège de France.

MENSURATION.

TÉLESPHORE V., 11 ans.

Membre supérieur :	*Gauche.*	*Droit.*	*Gauche.*
	Enfant de 11 ans malade.		Enfant de 11 ans bien portant.
Médius, circonférence, 2e phalange	0.060	0.065	0.055
Main, circonférence (gant)	0.165	0.170	0.170
Poignet, circonférence	0.160	0.160	0.140
Avant-bras, circonférence, milieu de l'	0.155	0.155	0.175
Coude, circonférence	0.180	0.185	0.190
Humérus, circonférence, au-dessus du coude	0.140	0.140	0.170
Main, longueur	0.140	0.140	0.160
Main, largeur	0.750	0.750	0.750
Cubitus, longueur	0.200	0.200	0 200
Humérus, longueur	0 265	0.265	.....

Membre inférieur :	*Droit.*	*Gauche.*	*Gauche.*
Articulation metatarso phalangienne	0.210	0.225	0.190
Cou de pied	0.230	0.230	0.205
Au niveau des malléoles	0.255	0.240	0.220
Tibia, au-dessus des malléoles	0.205	0.205	0.165
Tibia, mollet	0.245	0.255	0.250
Genou	0.310	0.300	0.285
Femur, au-dessus du genou	0.245	0.240	0.255
Pied, longueur	0.210	0.205	0.220
Pied, largeur	0.085	0.085	0.080
Tibia, longueur	0.290	0.290	0.300
Tête, circonférence, sus-occip. frontale	0.520	.....	0.490
Thorax, circonférence	0.630	.....	.....
Taille	1.350	.....	1.400
Poids	30 kilog.	.....	45 kilog.
	Enfant témoin, 11 ans.		Bien bâti.

Diagnostic. — A ne considérer que l'hypertrophie des membres de notre malade, hypertrophie qui, dans l'espèce, représente le symptôme capital de l'observation, la première idée qui vient àl'esprit est celle d'une ostéopathie systématisée. Mais avant de voir ce qu'il faut penser de cet *a priori*, il convient d'éliminer un certain nombre d'hypothèses, peu de nature cependant à embarrasser le diagnostic.

Le rachitisme, bien qu'il se rencontre surtout dans la première enfance et qu'il finisse d'ordinaire par guérir sans laisser de trace, peut dans ses formes graves entraîner certaines déformations osseuses incurables définitives. Parmi ces conséquences lointaines du rachitisme, on peut citer le rétrécissement du bassin, si souvent cause de dystocie au moment du travail de l'accouchement. Le nanisme dans la majorité des cas, est aussi fonction du rachitisme grave. Peut-on chez notre malade croire à des manifestations de rachitisme? En aucun façon. Le début de l'affection d'abord remonte nettement au printemps de cette année. C'est à ce moment que les mains, les pieds se sont mis à se développer, et là-dessus le malade, son père sont très affirmatifs. Au besoin, nous pourrions invoquer le témoignage, aussi, bien positif, de M. le docteur Trudeau. En second lieu les déformations de notre patient ne

ressemblent aucunement à celle des enfants rachitiques. D'une manière schématique, le rachitisme se caractérise surtout par la nouure épiphysaire, l'arrêt de croissance et l'incurvation des diaphyses. C'est en somme et avant tout une déformation du squelette, reconnaissable au volume exagéré des têtes osseuses, (bracelet rachitique, chapelet costal...), à l'exagération de la courbure physiologique des os longs (genu-valgum, tibia en lame de sabre, parenthèse de Pinard...), enfin, au raccourcissement des membres, conséquence naturelle des nouures et incurvations. Rien de pareil chez notre malade. Sans doute, les jointures sont augmentéts de volume, mais le processus hypertrophique porte également sur la diaphyse du segment de membre correspondant. Le corps de l'os a subi un accroissement de volume proportionné à celui de l'extrémité osseuse, l'hypertrophie en un mot est uniformément répartie à tout l'organe, si bien qu'en définitive, à ne regarder v.g. que l'avant-bras, on est moins frappé par la déformation que par le gigantisme du membre. Ajoutons qu'à part l'hypertrophie, les membres supérieurs et inférieurs de notre petit malade n'ont subi ni raccourcissement, ni déviation appréciables. La forme du thorax seule pourrait faire croire à l'existence du rachitisme dans le bas âge, si l'on en juge par la saillie du sternum, et l'enfoncement léger des côtes, à leur partie moyenne. Mais cette déformation est peu marquée, reste à l'état de manifestation isolée et ne saurait suffire à elle seule à établir l'influence du rachitisme dans la génèse de la maladie actuelle.

L'ostéite hypertrophiante est souvent le résultat de la syphilis héréditaire et l'on pourrait se demander si telle n'est pas l'origine des lésions osseuses de notre sujet. Nous ne le croyons pas: 1° parce que l'histoire des antécédents familiaux, tant du côté du père que de la mère, est absolument négative à cet égard;

2° Parce que l'enfant n'offre aucun stigmate de syphilis héréditaire: (hydrocéphalie, kératite, triade d'Hutchinson, infantilisme...);

3° Parce que l'hypérostose de nature syphilitique, objective-

ment est toute autre que ce que nous voyons ici. Dans le tibia de Lannelongue, v.g. la lésion est localisée à la diaphyse, encore celle-ci n'est pas atteinte dans toutes ses parties, le processus pathologique se cantonnant vers la partie moyenne et sur la face interne ; les épiphyses d'autre part sont toujours indemnes. Or le tibia de notre malade est bien différent, l'hypertrophie est généralisée et le membre dans son ensemble a conservé sa forme, son contour physiologiques, ce qui suffit à éliminer la syphilis.

On ne saurait pas davantage admettre la possibilité d'une affection myxœdémateuse. Cette maladie s'accompagne, il est vrai, d'une augmentation de volume des extrémités, mais il est facile de constater que le squelette n'a rien à voir dans ces modifications de forme, uniquement dues à l'infiltration mucoïde des téguments. De plus, notre malade n'a pas la figure bouffie, en pleine lune, des myxœdémateux, ni surtout les troubles intellectuels qui caractérisent ces derniers.

Pour songer au gigantisme, il faudrait que l'hypertrophie fut généralisée à tout le corps. Or ce n'est pas le cas de notre malade.

On arrive ainsi à limiter la question aux ostéopathies systématisées. Or, parmi celles-ci, il en est une qu'on peut immédiatement mettre de côté, c'est l'ostéite déformante de Paget, laquelle n'apparait jamais avant l'âge de cinquante ans.

Le diagnostic se pose donc en définitive entre l'acromégalie et l'ostéopathie hypertrophiante pneumique.

L'acromégalie a été décrite pour la première fois en 1885, par M. le docteur P. Marie, agrégé de la Faculté de Paris. D'après cet auteur, la maladie, qui débuterait vers l'âge de 20 à 26, se caractérise surtout par des déformations portant sur les mains, les pieds, la face et la cage thracique. Ce sont en général les mains qui se prennent d'abord. Leur volume peut devenir considérable, l'hypertrophie atteignant les parties molles, comme le squelette. Elles conservent cependant leur forme générale et ressemblent en résumé à celles de notre malade, si ce n'est qu'elles sont d'ordinaire allongées aussi bien qu'élargies et ornées d'ongles courts, cassants, rayés de stries profondes.

Caractère important et qui manque dans notre cas, la maladie respecte les avant-bras. Même déformations aux pieds et même intégrité des os de la jambe.

La face se prend ensuite et revêt un masque caractéristique. La forme du nez camard, recourbé à sa pointe; la chute de la lèvre inférieure épaissie, lippue; le prognatisme du menton; la saillie des arcades orbitaires en sont les principaux traits. Le crâne n'est pas touché.

La projection en avant du sternum et la cyphose cervico-dorsale (qui ne manquerait jamais) achèvent enfin le portrait de cette étrange affection. On signale, parmi les signes subjectifs, les plus importants la céphalalgie du début, l'aménorrhée, les troubles de la vue, certains dérangements des sens spéciaux...

L'intelligence est conservée, au début du moins.

La description précédente, pour nous, tranche la question, et nous conduit forcément au diagnostic d'ostéopathie hypertrophiante d'origine pneumique, qui nous paraît le seul admissible.

C'est encore à M. le docteur P. Marie que nous sommes redevables de la connaissance de cette dernière affection, qu'il a été le premier à décrire en 1890. Cette maladie consiste comme l'acromégalie, en une déformation hypertrophique des mains et des pieds et présente cette particularité d'être en rapport presque constant avec une lésion pleuro-pulmonaire.

La nosographie (1) de cette affection, au point de vue du mode de début, des parties atteintes et de l'apparence des lésions, correspondant identiquement à ce que nous a appris l'histoire clinique de notre malade, nous ne reviendrons pas sur la symptomatologie. Nous dirons seulement, ce qu'on a dû remarquer, qu'il n'y a chez notre patient aucun signe d'altération de l'appareil pleuro-pulmonaire. Son ostéopathie n'est donc pas d'origine pneumique; mais alors quelle en peut être la pathogénie, et comment expliquer l'apparition des déformations osseuses que nous voyons ici?

Sur ce point d'étiologie, nous sommes forcés d'avouer que

(1) Bourges — *Manuel de Médecine*, Debove et Achard.

notre ignorance est complète, à moins de faire intervenir, étant donné ses tumeurs buccale et cervicale, et son catarrhe naso-pharyngien, l'influence des produits microbiens élaborés à ce niveau.

Il nous reste, pour terminer, à nous demander ce que va devenir notre petit malade. Chez l'enfant, en général, si la maladie marche vite, elle peut aussi s'amender beaucoup et guérir tout à fait. De ce côté, le pronostic est donc plutôt favorable, mais il s'aggrave du fait que le traitement, faute de donnée étiologique certain, ne peut être ici que symptômatique. Si notre hypothèse est exacte, l'intervention chirurgicale aura peut-être chance d'améliorer la situation. Quoiqu'il en soit, l'état du malade n'a guère changé depuis son entrée, il y a sept semaines. L'appétit est meilleur, la température reste normale, mais le poids est stationnaire. Du côté du cou, la tumeur a grossi, est devenue très douloureuse à la pression; le gonflement du palais a également augmenté de volume, enfin la tuméfaction du maxillaire est plus grosse, plus douloureuse, indiquant de ce côté un processus encore en activité. Il y a deux jours, le malade crachait trois dents implantées à l'endroit atteint du maxillaire inférieur. La diarrhée enfin persiste et l'écoulement nasal est toujours aussi abondant.

CANCER INTESTINO PÉRITONEAL (1)

PAR MESSIEURS

A. MARIEN, Agrégé chirurgien de l'Hotel-Dieu, ET E. SAINT-JACQUES, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Le cancer intestinal, sans être une affection commune, est tout au moins d'occurence assez fréquente; nous avons cru intéressant de vous faire rapport de deux cas venus sous notre observation et qui démontrent jusqu'à quel point le diagnostic différentiel de cancer est parfois difficile à faire avec celui de la tuberculose intestino-péritonéale.

Maintenant revoyons d'un coup d'œil rapide l'évolution symptomatologique de ces deux affections. La péritonite-tuberculeuse chronique — car il ne s'agit ici que de cette forme — est lente dans son évolution, insidieuse dans son début. Malaise abdominal, allant rarement jusqu'à la douleur vraie, troubles digestifs, tel est en général le début, bien vague à la vérité. Peu à peu, la douleur se marque et devient permanente, la digestion se fait lentement et le ballonnement du ventre est fréquent, sinon permanent. La constipation alterne avec la diarrhée. Peu ou pas de fièvre, s'il n'est pas d'autres foyers de tuberculose en évolution. L'appétit diminue, le malade maigrit en même temps qu'il pâlit et affaiblit.

Le ventre est sensible à la pression, et, avec du météorisme on ne tarde pas à trouver de l'ascite; ce liquide se déplace difficilement dans l'abdomen quand il n'est pas franchement enkysté. A la palpation on sent de l'empâtement: c'est le gâteau intestino-mésentérique ou la corde épiploïque. Je ne ferai que mentionner les abcès péritonéaux — véritables abcès froids à leur début — et le phlegmon stercoral qui en est souvent la conséquence, ou encore l'occlusion intestinale aiguë, avec leur cortège de symptômes connus.

Quant au cancer intestino-péritonéal, la marche au début est bien près d'être identique à celle de la péritonite tuberculeuse.

(1) Communicaton faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 12 novembre 1901.

Un peu de douleur, des alternatives de constipation et de diarrhée, suivies par une période de constipation plus opiniâtre.

Dès que la lésion néoplasique initiale de l'intestin a envahi le revêtement séreux, elle attaque dès lors assez rapidement au loin la séreuse péritonéale: de là un travail inflammatoire, des adhérences et de l'ascite. C'est donc dire qu'avec augmentation des douleurs il y a aggravation des troubles digestifs. Si le météorisme n'est pas trop prononcé, la palpation nous révèlera la masse néoplasique, irrégulière, dure et souvent fixe. L'appétit disparaît graduellement et la cachexie cancéreuse avec l'asthénie concomittante sont franchement au tableau.

Mais voyons les observations des malades.

I. Observation.—Il s'agissait, dans un premier cas, d'une Dame X., âgée de 54 ans. Elle vient consulter principalement parce que son ventre a commencé à grossir depuis six à sept mois. Souffrant depuis au-delà d'un an de douleurs dans le ventre, elle remarque ses forces diminuer graduellement, surtout dans les dernières semaines. Elle a des alternatives irrégulières de constipation et de diarrhée ; jamais d'hémorrhagies intestinales. Les aliments ingérés ne lui causent pas toujours des douleurs.

A l'examen nous remarquons une femme pâle, mais non cachectique, amaigrie, à peau flasque avec absence de tissu graisseux. A l'inspection de l'abdomen nous notons une tuméfaction arrondie, siégeant au centre de l'abdomen, s'étalant cependant un peu plus à gauche vers l'hypochondre. La tumeur est fluctuante, mais pas nettement délimitée. Résonnance entre la tumeur et le pubis, de même que dans le flanc droit.

L'examen vaginal permet de constater un utérus plutôt petit ; rien aux culs-de-sacs, on ne sent pas la tumeur au toucher vaginal.

Poumons : bronchite chronique, ramollissement au sommet droit.

Les chirurgiens ne sont pas d'accord comme diagnostic. Tumeur cancéreuse kystique de l'ovaire, pense-t-on d'un côté ; épanchement séreux enkysté au cours d'uue péritonite tuberculeuse, croit-on d'un autre côté.

L'incision de la paroi abdominale nous conduit directement sur le tablier épiploïque épaissi et parsemé de nombreux points blanchâtres et de petits nodules. L'épiploon ouvert par la pointe du scalpel, il est donné issue à un litre environ d'un liquide citrin et transparent. Nous sommes dans une loge cloisonnée de toutes parts.

L'examen révèle un épiploon épaissi, ratatiné, présentant de nombreuses petites granulations variant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une olive. Les anses intestinales sont parsemées également d'un semis de ces points blancs. Le péritoine pariétal est de même, et, l'incision cutanée agrandie, il nous est permis d'inspecter le petit bassin dont tous les organes, utérus, trompes et ovaires, culs-de-sacs, ante et retro-utérins sont pointillés de ces grains blanchâtres.

Nous ne sentons au palper intra-abdominal aucun " foyer" ou " noyau " dur, sauf que le mésentère est épaissi et induré.

Et nous concluons d'après les apparences macroscopiques à une " péritonite tuberculeuse." Mais l'examen microscopique d'un fragment enlevé allait faire découvrir notre erreur ; le microscope montre un épithéliome cylindrique nettement caractérisé, qui ne pouvait avoir son origine que de l'intestin, le péritoine n'offrant pas d'organisation épithéliale cylindrique ou glandulaire.

Quant à la marche ultérieure de ce cas elle fut lente. Les suites opératoires furent très simples et la malade se leva à la fin de la quinzaine. Le liquide péritonéal se reforma et fut évacué par ponctions 4 ou 5 fois, se reformant très rapidement les derniers temps. La malade souffrait un peu et perdant son appétit qu'elle avait conservé assez bon, affaiblit graduellement en se cachectisant. La bronchite s'améliora sans être guérie cependant, et finalement la malade mourut d'asthénie et de cachexie dans le cours du troisième mois après l'opération.

A l'autopsie les mêmes lésions à noter, mais plus avancées. Le mésentère est surtout infiltré et induré, et les anses intestinales fixées par des adhérences ne sont pas libres. La veine porte est prise au centre d'une masse néoplasique, ce qui aide à l'explication de la rapidité de formation du liquide ascétique les derniers temps.

L'étendue des lésions néoplasiques, qui avaient pris en masse les anses intestinales en même temps que fait contracter le mésentère, nous a rendu impossible la localisation initiale de ce cancer à début intestinal sûrement.

Les reins sont légèrement atrophiés avec une capsule plus forte et plus adhérente que pour le rein normal. Rien de particulier à noter ni au foie, ni à la rate, non plus qu'au cœur. Le poumon montre un tissu induré, d'organisation conjonctive au somme droit.

Telle est la marche, tels sont les symptômes de cette affection, qui certes évoluait bien identiquement à une tuberculose péritonéale. Bien plus, l'apparence macroscopique des lésions, une fois le ventre ouvert, nous trompa encore en nous laissant croire à la péritonite tuberculeuse. Ce n'est que le microscope qui nous précise la nature de la lésion.

Voici les détails d'un second cas, venant en confirmation du premier, tant par l'évolution des symptômes que par l'apparence macroscopique des lésions.

II. Observation.—Le nommé L. L., 58 ans, est souffrant du ventre depuis des mois. Jusqu'à trois mois antérieurs, à notre premier examen, les douleurs n'ont pas été très vives non plus que régulières ; ces trois derniers mois durant les douleurs ont été continues, en crises parfois. Le malade n'a jamais eu de vomissements, non plus que de méléna ; les intestins ont été et sont encore régulièrement quotidiens. Il a remarqué déjà du ballonnement du ventre, et parfois ses jambes sont devenues enflées.

Les reins paraissent bien fonctionner puisque l'examen des urines donne une densité de 1024 avec absence d'albumine, de sucre et de pigments biliaires.

Température normale. Le malade a maigri ces derniers mois, il a le teint pâle mais non cachectique. Les douleurs nécessitent la morphine le soir.

A l'examen de l'abdomen nous constatons une paroi abdominale mince, et de fait la dénutrition générale est marquée. A peu près à la région ombilicale, mais un peu à gauche, nous palpons une masse nettement dure, irrégulière et bosselée. L'examen est à peu près indolore ; un peu d'ascite. Nous avons résonnance tout à l'entour de la masse. La tumeur étant située un peu bas, nous mettons à peu près sûrement l'estomac hors cause, et, nous rappelant le cas ci-dessus rapporté, nous nous arrêtons au diagnostic de cancer intestino-epiploïque, sans mettre de côté la possibilité de tuberculose intestinale intéressant fortement le mésentère.

La possibilité de péritonite tuberculeuse et conséquemment de guérison par la simple aparotomie, comme les faits cliniques l'ont maintes fois démontré ; d'un autre côté la possibilité de résection intestinale si le cancer est nettement circonscrit, nous font proposer la laparotomie au malade, qui est d'ailleurs sûr d'une mort certaine à brève échéance.

A l'ouverture du ventre nous constatons un péritoine épaissi, un tablier epiploïque fort épais, rétracté et induré, puis un paquet d'anses intestinales prises ensemble et ne formant qu'une masse dure dans laquelle la mésentère entre pour une bonne part. Les intestins et le péritoine pariétal sont parsemés de points blanc-nacré, nombreux et petits qui feraient tout aussi croire à des foyers de tuberculose muliaire, si l'examen microscopique d'un fragment enlevé ne nous faisait voir l'élément cancéreux nettement caractéristique.

Telle est, messieurs, l'évolution de l'affection chez ces deux malades, dont les symptômes ne permettaient pas de préciser un diagnostic absolu et surtout dont l'aspect macroscopique des lésions tendait à faire croire à la tuberculose tandis que, en vérité, nous avions affaire à un cancer originant de l'intestin et généralisé aux organes abdominaux.

Ce qu'il y avait d'intéressant à noter ici, au point de vue anatamo-pathologique, c'est la généralisation sur tout le péritoine, un véritable semis, pour ainsi dire de petits nodules pointant partout sur les organes abdominaux.

Anatomic-pathologique. — Et maintenant, messieurs, si nous nous demandons la fréquence relative du cancer du tube digestif, nous voyons qu'il faut distinguer suivant qu'il s'agit de l'estomac ou du petit ou du gros intestin. La fréquence de cancer à l'estomac est grande, et c'est à peine si le rectum lui cède le pas ; tandis qu'il est relativement rare de voir la néoplasie épithéliale commencer au petit intestin. Nous savons que le duodénum offre un point faible à l'ampoule de Vater, mais

dans la grande majorité des cas il n'est que secondairement pris par un cancer originant à la tête de pancréas.

Tantôt le cancer se développe plutôt vers la muqueuse intestinale formant petit à petit un anneau constricteur, et bientôt ulcération d'où hémorragies et constipation alternant avec de la débacle intestinale.

Au contraire, ailleurs, il se généralise avec une rapidité étonnante vers le mésentère et le péritoine, ne causant à peu près d'autres symptômes qu'une douleur sourde s'accentuant peu à peu.

Si le cancer se développe surtout en anneau et au point de produire de la constriction avec rétention des matières fécales, nous aurons au-dessus du rétrécissement une dilatation marquée avec hypertrophie de la paroi intestinale et altération de la muqueuse, — tout comme ce qui a lieu dans l'estomac lors de cancer du pyhore; — tandis que au-dessous de l'anneau constricteur il ya affaissement de l'intestin et pâleur des tissus.

Il n'y aura d'hémorragie qu'en autant que la muqueuse aura été ulcérée et un vaisseau ouvert par le processus pathologique ou brisé par les mouvements péristaltiques exagérés.

Il est un point frappant dans l'évolution du cancer intestinal moyen, c'est que la cachexie est lente à venir, très lente en comparaison du cancer de l'estomac ou du rectum.

Est-il des affections du péritoine ou de l'omentum qui peuvent donner le change pour le diagnostic différentiel d'avec le cancer de l'intestin moyen?

Le cancer " primitif " du péritoine est très rare. Il appartient à la variété des endothéliômes, disent Graupner et Zimmermann: c'est donc du sarcôme.

Hartmann rattache toutes les tumeurs " primitives " du mésentère à la classe conjonctive: fibrômes, lipômes, lymphadénômes et sarcômes; rarement simples, presque toujours sarcomateux.

Mais bien plus fréquentes sont les métastases cancéreuses du péritoine: et alors généralement secondaires à un carcinôme de l'intestin. " Si les ilots néoplasiques sont gros, le diagnostic " est facile, mais si au contraire ils sont petits, miliaires, re-

"marquent Graupner et Zimmermann, alors le diagnostic "d'avec la tuberculose miliaire est difficile." et c'est au microscope qu'appartient le dernier mot. Nous avions donc raison d'insister sur cette difficulté de diagnostic différentiel.

Quant à la variété histologique du cancer intestinal, il est dans la grande majorité des cas, dans la quasi généralité, de l'espère "épithéliôme cylindrique." Il n'y a que pour le cancer ano-rectal ayant originé à la marge anale, où nous trouvons parfois la variété pavimenteuse. Chez la femme il est une autre variété de cancer métastasique qui n'est pas de rareté absolue: c'est l'extension à l'ouverture et au péritoine intestinal de l'épithéliôme papillaire des organes génitaux. J'ai vu un tel cas opéré par Tiriard à l'hôpital St-Jean, de Bruxelles, où les végétations papillaires d'un carcinôme ovarien — gros comme une tête de fœtus à terme — avaient envahi le revêtement péritonéal de tous les organes du petit bassin et s'étaient portées en poussées isolées mais nombreuses sur les anses du petit intetin, l'S iliaque et le colon descendant.

Même constatation faite chez une opérée de Pozzi, où les végétations métastatiques avaient envahi les organes environnants.

Telle est, messieurs, l'évolution du cancer chez ces deux malades, et les constatations que nous y avons faites: elles précisent certains points de pathologie et c'était là leur intérêt.

SINUSITES OU SUPPURATIONS DES CAVITÉS DE LA FACE (1)

Par RODOLPHE BOULET

Oculiste, Auriste et Laryngologiste de l'Hôtel-Dieu et de l'Institut Ophtalmique.

En vous présentant ce travail, nous n'avons aucune prétention à l'originalité. C'est plutôt une analyse des principales données fournies par les auteurs (2) qui se sont le plus particulièrement occupés de cette question que nous vous offrons.

Notre but est de permettre à ceux qui sont obligés de dépenser leur activité dans le vaste champ de la médecine générale et par conséquent qui n'ont pas le loisir de s'égarer souvent dans le domaine de la spécialité, d'acquérir une vue d'ensemble sur ce sujet que nous croyons très utile à eux de connaître.

Quand on songe à la fréquence et à l'importance des suppurations des cavités de la face, on est tout étonné que l'étude de ces affections soit de date aussi récente.

Il a fallu les progrès incessants de la spécialité rhino-laryngologique pour en fixer les traits caractéristiques et faire entrer l'étude de ces suppurations dans une phase vraiment scientifique.

Depuis quelques années, un grand nombre d'auteurs ont écrit sur ce sujet. Beaucoup ont contribué à en édifier le tableau symptomatique, quelques-uns se sont attachés à un travail de recherches basé sur l'étude des caractères bactériologiques du pus contenu dans l'intérieur de ces cavités. D'où, deux façons d'envisager la description de ces maladies, l'une symptomatique, clinique, l'autre selon l'espèce bacillaire qui leur a donné naissance.

Rappelons tout d'abord que dans les os de la face sont contenues six cavités ou sinus, dont trois chaque côté et portant

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, 1901.

(2) Luc, Lubet-Barbon, Furet.

le nom de l'os qui les renferme : sinus maxillaire, sinus frontal et sinus sphénoïdal.

Chacun de ces sinus communique par une ouverture avec la fosse nasale correspondante. L'ouverture du sinus maxillaire et celle du sinus frontal sont situées chacune à l'extrémité d'un infundibulum contenu dans le méat moyen. Le fait que l'ouverture du sinus maxillaire occupe l'extrémité inférieure de l'infundibulum tandis que l'ouverture du sinus frontal occupe celle supérieure nous fait voir la facilité d'infection au sinus maxillaire par le pus qui descend du sinus frontal et nous donne ainsi la raison pour laquelle nous voyons rarement une sinusite frontale exister isolement, tandis que nous rencontrons souvent la sinusite maxillaire isolée.

L'ouverture du sinus sphénoïdal est placée vers le centre de sa paroi antérieure, laquelle fait face à la fosse nasale et constitue la partie la plus profonde de la voûte nasale.

La communication du sinus maxillaire avec la fosse nasale correspondante offre cette particularité qu'elle est située à la partie supérieure de la cavité, de sorte que dans la position verticale de la tête, il faudra une réplétion complète du sinus pour que le liquide puisse se déverser au dehors.

Les sinus n'apparaissent pas tous à la même époque de la vie. Les sinus frontaux n'existent que vers l'âge de la puberté et les sinus sphénoïdaux qui commencent à se développer aussitôt après la naissance n'acquièrent leur complet développement que vers l'âge de 20 à 25 ans. Nous verrons donc la suppuration de ces cavités survenir d'ordinaire entre 15 et 40 ans. Il n'en est pas ainsi pour les sinus maxillaires qui, existant dès la naissance, peuvent être de très bonne heure affectés de suppuration. Cependant les sinusites maxillaires sont rares chez les enfants, quoique les causes de sinusites telles que végétations adénoïdes, corps étrangers, coryza, etc., soient assez fréquentes à leur âge. Il est vrai que la cause dentaire qui est une des plus ordinaires fait complètement défaut chez eux.

Nous avons eu l'occasion d'observer une sinusite maxillaire chez un enfant de six jours. Ce cas est le plus précoce qui soit connu dans la littérature médicale.

Sinusites aigues.

C'èst le plus souvent avec le catarrhe nasal aigu, au cours de la grippe, ou à l'occasion d'une affection dentaire qui naît et se développe la sinusite aiguë de telle sorte qu'elle reste confondue avec la maladie causale.

Elle passe souvene inaperçue et disparaît avec la maladie qui lui a donné naissance.

Dans la sinusite aiguë, maxillaire ou frontale, c'est le phénomène douleur qui domine ; douleur qui peut être limitée aux régions sus-orbitaires et jugales ou bien envahir tout un côté de la face et de la tête en prenant les allures et la marche d'une névralgie du trijumeau. La céphalalgie peut être très marquée ; elle siège le plus souvent au front, parfois à la nuque. On peut observer en même temps un état de dépression, d'obnulation qui peut faire croire à une complication cérébrale. Parfois la douleur s'accompagne d'un gonflement de la joue du côté malade, tout à fait analogue à une fluxion dentaire.

Du côté des fosses nasales, les symptômes sont ceux du coriza aigu. Aucun écoulement d'abord, car les orifices naturels des sinus sont fermés par le gonflement de la muqueuse pituitaire, mais lorsque l'inflammation commence à diminuer et par suite le gonflement disparaître et les orifices devenir libres, il se produit un écoulement citrin plus ou moins abondant tout à fait indépendant du muco-pus secreté par la fosse nasale.

Dans bien des cas, la sinusite aiguë ne réclame aucun traitement particulier et guérit comme le coriza qui l'a engendrée Dans d'autres cas la sinusite aigue demande pour être tarie une série de lavages. Enfin si elle n'est pas soignée, ou malgré des lavages, elle peut passer à l'état chronique.

Sinusites chroniques. — Maxillaire et frontale.

Etiologie. — Les maladies dentaires de la machoire supérieure et surtout des petites molaires sont de beaucoup les causes les plus fréquentes des sinusites maxillaires.

Viennent ensuite, comme causes communes des sinusites maxillaires et frontales, les coryzas aigus et chroniques, les sinusites aiguës, la présence des polypes dans les fosses nasales, les affections tuberculeuses et syphilitiques.

Symptomatologie. — Signes subjectifs.

Ecoulement du pus par le nez. — Le premier symptôme qui attire l'attention du malade est l'écoulement du pus par le nez. Le fait qui s'écoule du pus en abondance et surtout du pus fétide par l'une ou par les deux narines doit nous faire songer à la sinusite. C'est le symptôme majeur, celui qui ne doit jamais manquer.

L'écoulement est ordinairement unilatéral. Il peut être continu, mais le plus souvent il est intermittent et se manifeste par une sorte de vomique nasale lorsque le malade se mouche ou lorsqu'il penche la tête en avant.

Il arrive, à cause des conditions anatomiques particulières, telles que fermeture plus complète de la gouttière de l'infundibulum, que l'écoulement soit empêché de se faire en avant. Le malade alors, au lieu de moucher crache du pus, surtout dans le décubitus dorsal.

Fétidité du pus. — La fétidité du pus contenu dans les sinus constitue un symptôme important de sinusite. Mais cette fétidité est plus subjective que perçue par autrui. (Cacosmie.)

Douleur. — Chez certains malades il n'existe pas de cacosmie et c'est le symptôme-douleur qui prédomine.

Dans la sinusite maxillaire simple, la douleur est d'ordinaire modérée. Elle affecte le plus souvent le type de la névralgie dentaire. Quequefois cette douleur siège profondément dans la région du sinus maxillaire en s'irradiant au-dessous de l'œil et vers le bord alvéolaire.

Parfois elle peut en imposer pour une névralgie du trijumeau. Mais la douleur ne reste pas toujours limitée à la région jugulaire. Dans l'empyème maxillaire elle peut envahir toute la tête et s'y cantonner sous forme de céphalalgie plus ou moins intense. Elle peut même se localiser nettement dans la région frontale du côté malade et augmenter ainsi la difficulté du diagnostic.

C'est dans la sinusite frontale que la douleur est surtout marquée.

Son siège habituel est la région sus-orbitaire au niveau du

sinus malade. L'intensité de la douleur est variable; elle peut même varier d'un moment à l'autre, et ces variations peuvent s'expliquer par les changements de pression qui se produisent à l'intérieur du sinus malade. La douleur ne se borne pas toujours à la région sus-orbitaire; elle peut envahir le front, toute la tête et se présenter sous forme de céphalalgie tenace et rebelle.

Des trois symptômes que nous venons d'étudier: écoulement du pus, cascomie, douleur, c'est certainement le symptôme douleur qui manque le plus souvent dans les cas chroniques.

Examen objectif. — Si à l'aide d'un spéculum et d'un miroir frontal nous examinons la fosse nasale suspecte nous pourrons déçéler la présence du pus dans le méat moyen. Ce pus est d'ordinaire jaune, épais, crèmeux.

Mais le méat moyen étant un carrefour où viennent déboucher le sinus frontal, le sinus maxillaire et les groupes antérieurs des cellules de l'esthmoïde, on comprend dès lors toute la difficulté du problème à résoudre.

Trois procédés ont été imaginés qui permettent de s'assurer de la présence du pus dans le sinus maxillaire, ce sont:

1° Le signe de Fränkel;
2° Eclairage par transparence (Heryng);
3° Ponction exploratrice.

A ces trois signes viennent s'ajouter deux autres qui, pour ne pas avoir la même valeur que les premiers ne sont pas indifférents:

4° Signe de Davidsohn;
5° Signe de Garel.

1° *Signe de Fränkel:*

Consiste, après avoir débarrassé le méat moyen du pus qu'il contient, à faire pencher la tête du malade en avant et en bas pendant quelques minutes, afin de permettre au pus retenu dans la cavité maxillaire de s'écouler au dehors par l'orifice naturel situé à l'extrémité supérieure de cette cavité. Si après cette manœuvre, un nouvel examen de la fosse nasale nous laisse apercevoir le méat moyen rempli de pus, nous serons

justifiables d'accuser le sinus maxillaire plutôt que le sinus frontal; car le pus, étant fourni par cette dernière cavité, aurait mis plus de temps à se renouveler.

2° *Signe de Heryng ou éclairage par transparence:*

Ce signe est basé sur la translucidité des os de la face à l'état normal, une lampe électrique spéciale de 8 à 10 volts étant placée dans la bouche après avoir fait l'obscurité complète de la pièce.

Le manque de translucidité de l'un des côtés de la face nous permettra de conclure à la présence de pus dans sa cavité sinusienne correspondante.

3° *Ponction exploratrice du sinus maxillaire:*

C'est Moritz-Schmidt qui en eut le premier l'idée. Cette ponction s'exécute à l'aide d'un trocart particulier dans le méat inférieur à quatre centimètres et demi environ de l'entrée de la narine. L'aiguille retirée, le pus pourra s'écouler au dehors par la canule laissée en place. Cette épreuve ne deviendra négative qu'après qu'un lavage antiseptique du sinus pratiqué à travers la canule aura démontré l'absence de secrétion purulente. Si une demi-heure ou une heure après un pareil lavage qui n'aurait décélé aucune trace de pus dans la cavité maxillaire, on aperçoit du pus dans le méat moyen, on pourra conclure à la présence d'une sinusite frontale compliquée ou non d'ethmoïdite.

4° *Signe de Davidsohn;* 5° *Signe de Garel:*

Ces deux derniers signes sont des compléments à celui de l'éclairage par transparence de la face. En effet, celui-ci étant pratiqué dans les conditions voulues et les deux cavités maxillaires étant normales, les deux pupilles seront lumineuses. Mais une pupille est-elle lumineuse et l'autre obscure que le sinus situé du côté de la pupille obscure devient suspect. (Signe de Davidsohn.)

En faisant l'éclairage de la face par transparence, Garel de Lyon a observé que le patient ayant les deux yeux fermés ne percevra la lumière que du côté sain. (Signe de Garel.)

Sinusite frontale chronique.

Le diagnostic de sinusite frontale chronique se fait par exclusion: Du pus existant dans le méat moyen, si l'éclairage

montre les joues et les pupilles également lumineuses, si la ponction exploratrice a démontré l'absence de pus dans le sinus maxillaire, si le signe Fränkel a été négatif, si la douleur est plutôt localisée au frontal, le sinus frontal devient forcément suspect.

Vohnsen a appliqué au sinus frontal le procédé d'éclairage par transparence. En plaçant la lampe électrique, de 8 à 10 volts, alternativement de chaque côté de l'arcade sous-orbitaire, la présence du pus dans l'un ou l'autre sinus se trahira par le manque de transparence de la région sinusienne correspondante.

La difficulté de comparaison dans la transparence des deux sinus frontaux, par l'application alternative de la lampe électrique sous chacune des arcades sous-orbitaires a engagé Lebet-Barbon à proposer l'éclairage médio-frontal. A cet effet il a fait construire une lampe électrique à manchon plat qu'il applique sur la région médio-frontal. Ce procédé a pour avantage de permettre la comparaison *instanter* du degré de transparence des deux sinus.

Il peut arriver et il arrive en réalité que la production du pus dans la sinusite frontale n'est pas assez abondante pour que celui-ci se montre dans le méat moyen une demi-heure ou une heure après le lavage du sinus maxillaire ponctionné. Il se peut aussi que des granulations obstruent le canal fronto-nasal et mettent obstacle à l'écoulement du pus dans le méat. Lorsque l'éclairage n'a pas donné de résultat, il n'y a que la douleur qui puisse nous venir en aide comme élément de diagnostic. Mais nous savons combien ce symptôme est peu fidèle. Que faire alors pour assurer notre diagnostic? C'est la trépanation exploratrice du sinus frontal suspect qui s'impose.

Sinusite sphénoidale.

Comme nous l'avons dit au début, les sinus sphénoïdaux sont situés dans le corps du sphénoïde, entre les fosses nasales et l'apophyse basilaire d'une part et la base du crâne et le pharynx d'autre part. Quand on songera que ces cavités ne sont séparées du crâne que par de très minces cloisons osseuses dont la supérieure est parsemée, surtout au niveau

de la selle turcique, de nombreux pertuis vasculaires à travers lesquels la communication s'établit entre la muqueuse du sinus et la dure-mère, nous pourrons nous expliquer ces redoutables complications intra-crâniennes qui se produisent à la suite de l'empyème sphénoïdal.

Malgré une opinion courante que la sinusite sphénoïdale est fréquente, les observations de ce genre d'affections ne pullullent pas dans la littérature médicale. Pour ma part je n'ai eu l'occasion de l'observer qu'une fois, chez une femme. Ceux qui l'ont recherchée chez le cadavre affirment avoir trouvé très souvent les sinus sphénoïdaux renfermant du pus, et cependant, la plupart des auteurs la considèrent la moins fréquente des sinusites: Luc n'en a observé qu'un cas et Lanmoyez trois cas. Peut-être que cette rareté n'est qu'apparente et diminuera-t-elle lorsque les médecins sauront mieux rechercher l'origine et la cause de certaines céphalalgies rebelles ou de pharyngites opiniâtres ayant résisté aux badigonnages répétés? Cela est possible. Mais pour maintenant il n'en est pas moins vrai que cette affection est rarement diagnostiquée.

Si cette dernière remarque peut s'adresser à la sinusite sphénoïdale chronique, elle peut l'être davantage à la sinusite sphénoïdale aiguë dont on ne possède encore aucune observation typique. Celle-ci doit se confondre avec l'affection des muqueuses voisines qui lui a donné naissance et nos moyens d'investigation ne nous permettent pas encore de la découvrir.

Quelle est l'étiologie de la sinusite sphénoïdale-chronique? Nous la trouverons d'abord dans la disposition anatomique spéciale de ce sinus et dans sa situation. Situation qui l'expose à l'infection du côté des fosses nasales et du pharynx.

Une fois l'infection pénétrée à l'intérieur du sinus, son installation sera particulièrement favorisée par les sinuosités contenues à l'intérieur du sinus et les dispositions élevées de son ouverture extérieure.

Ces conditions anatomiques défavorables du sinus étant reconnues comme causes prédisposantes nous reconnaîtrons comem causes déterminantes: la grippe, les maladies infectieuses, les traumatismes, les corps étrangers, la syphilis, la tu-

berculose, l'ethmoïdite surtout l'affection des cellules postérieures.

Symptômatologie. — En première ligne de la symptômatologie subjective citons la céphalalgie, une céphalalgie sourde, profonde, gravative, continue, quelque fois localisée, quelque fois diffuse. Comme pour les autres sinusites la douleur peut affecter le type névralgique soit de tout le tronc du trijumeau soit limité à une de ses branches.

L'écoulement du pus se fait ici plus souvent par le pharynx que par le nez. Il est peu abondant et se fait par décharge soit sous forme liquide, soit sous forme de croûte que le malade crache.

On a observé ausi du vertige, des troubles psychiques, des troubles oculaires tels que larmoiement, photophobie, blépharospasme, des troubles accommodatifs, des scotômes passagers, des points noirs mobiles.

L'état général est souvent assez mauvais. Ces malades souffrent de dyspnée, de pharyngite, de trachéite, de vomissement et de diarrhée par suite de pénétration de pus dans les voies digestives et respiratoires.

Signes objectifs. — Le signe objectif principal qui serait pathognomonique de la sinusité sphénoïdale est l'écoulement du pus par l'ostium (ouverture du sinus sphénoïdal). Mais ce n'est que dans quelques cas assez restreints qu'il nous est permis de faire cette constatation, lorsque la fosse nasale, soit normalement, soit à la suite d'un état pathologique atrophique, est assez large pour mettre à découvert le sinus sphénoïdal.

C'est la rhinoscopie postérieure qui dans la majorité des cas nous donnera les indications les plus précieuses en nous faisant apercevoir le naso-pharynx où les lésions sont généralement très marquées. La rougeur et la sécheresse sont grandes. Les croûtes sont en abondance ; on les voit partir du bord supérieur de la choane et s'étaler sur toutes la voûte du pharynx. Si on examine plus attentivement on peut voir l'extrémité du cornet moyen et plus haut le méat supérieur recouverts d'un pus filant qui se continue, sans solution de continuité, quelquefois, avec le pus et les croûtes du naso-pharynx.

Un tel aspect est presque pathonogmonique.

La rhinoscopie antérieure pourra à son tour nous être utile dans les cas ordinaires en nous permettant de déceler la présence de pus ou de croûte dans la fente olfactive. Ce pus coule quelquefois le long du septum et laisse apercevoir, quand il a été essuyé, une muqueuse rouge, tomentueuse et boursouflée.

Diagnostic; moyens d'explorations. — Les symptômes subjectifs et objectifs de la sinusite sphénoïdale n'ont pas, dans la grande majorité des cas, un relief suffisant pour nous permettre d'affirmer la réalité de cette affection. Il nous reste à étudier quels sont nos moyens d'explorations qui nous permettent de mettre l'empyème sphénoïdal en complète évidence. Ces moyens sont les suivants:

1° Exploration avec le stylet boutonné;

2° Cathétérisme;

3° Résection du cornet moyen.

Une complète cocaïnisation ayant été préalablement obtenue, on s'arme d'un stylet boutonné assez malléable pour pouvoir à volonté en modifier la tourbure terminale d'après la forme de la cloison et du cornet moyen.

Puis on dirige l'extrémité de l'instrument de bas en haut et d'avant en arrière, entre le cornet moyen et la cloison. Très rapidement on se sent arrêté par une surface résistante qui ne peut être autre que le recessus sphéno-ethmoïcal. Afin de contrôler le chemin parcouru, on se rappellera que la distance de l'orifice normal à la face antérieure du sphénoïde est de 7 à 8 centimètres environ.

En poursuivant plus loin l'examen et en dirigeant l'extrémité de la sonde un peu en dehors, vers l'ethmoïde, on arrivera, dans beaucoup de cas, à gagner l'ostium et à pénétrer dans la cavité sphémoïdale. La sensation de vide subit, le manque de résistance nous en avertira; brusquement la sonde perd pied et s'enfonce plus profondément. A ce moment le bec de l'instrument est éloigné de 7 centimètres et demi à 8 centimètres et demi environ de l'orifice narinal.

Un autre moyen de s'assurer que la sonde est bien dans l'ouverture du sinus est celui indiqué par Grünwald: en pressant

l'instrument vers le bas, on le sent arrêté par le bord inférieur de l'orifice.

La rhinoscopie postérieure nous permettra aussi souvent d'apercevoir l'extrémité du stylet fixé dans la face antérieure du sinus.

La pénétration de la sonde dans le sinus pourra nous renseigner sur l'existence de fongosités dans le sinus, aussi sur celle du pus en permettant à celui-ci de filer le long de la sonde. Ce sera un signe de très grande valeur. Malheureusement le cornet moyen nous cachant la paroi antérieure du sphémoïde, il ne sera pas toujours possible de le constater.

Pour pratiquer la cathétérisme on devra bien nettoyer préalablement les fosses nasales et agir comme avec le stylet boutonné en se servant de la sonde d'Itard à diamètre maximum de deux millimètres et à bec très légèrement recourbé.

Enfin, il faudra donc quelque fois avoir recours, si l'exploration du stylet et celle du cathétérisme ont échoué, à la résection de l'extrémité postérieure du cornet moyen. Alors le diagnostic est assuré, étant possible de voir l'ostium.

Complications. — Les complications de la sinusite sphémoïdale portant du côté des méninges et de l'encéphale sont assez fréquentes et il est certain que bien des malades ont succombé à une infection intra-crânienne dont l'origine n'a pu être reconnue, qui l'aurait été par un examen méticuleux de leurs sinus sphénoïdaux.

La méningite, plus souvent la méningite de la base, et la thrombo-phlébite du sinus caverneux seraient les complications intra-crâniennes les plus fréquentes.

L'infection se fait souvent soit par voie veineuse, soit par voie lymphatique, sans altération apparente de l'enveloppe osseuse. Toutefois on peut dire que l'ostéite avec ou sans perte de substance est la règle.

Pronostic. — Il est assez difficile de se permettre d'énoncer un pronostic en face d'une sinusite sphénoïdale. Quelques malades n'en éprouvent qu'une gêne minime, tandis que la santé des autres est gravement compromise. Quoiqu'il en soit ces malades sont toujours sous la menace d'une complication sérieuse du côté intra-crânien.

(A suivre)

REVUE GENERALE

TRAITEMENT DES BRONCHITES CHRONIQUES

Par H. HERVIEUX,

Professeur de Thérapeutique et de Pharmacologie à l'Université Laval,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

La bronchite chronique vient quelquefois à la suite d'une ou de plusieurs poussées de bronchite aiguë; plus souvent elle prend d'emblée le caractère de chronicité; elle est habituellement secondaire et survient, par exemple, chez un individu déjà atteint d'une affection organique (mal de Bright, emphysème, cardiopathie, etc.)

Chez les malades atteints de bronchite chronique, il faudra s'assurer qu'il n'existe pas en même temps quelque affection chronique du nez ou du pharynx pouvant entretenir la bronchite chronique.

S'il existe telle maladie, il suffira dans la plupart des cas de guérir cette affection supérieure pour voir l'infection inférieure disparaître comme par enchantement.

De même, il faudra tenir compte du terrain sur lequel est implantée la bronchite chronique et faire dans le traitement de cette dernière une large part aux diathèses et aux différentes manifestations locales coexistantes, si l'on veut que ce traitement soit rapidement suivi de succès.

Nous ferons succintement le traitement des différentes formes de bronchites chroniques chez l'adulte:

I. *Forme commune de la bronchite chronique.* — Le traitement la bronchite chronique est très varié et difficile à systématiser, car il doit changer, pour ainsi dire avec chaque sujet.

Lyon classe ses indications générales sous les quatre chefs suivants:

1° Modifier la muqueuse bronchique et les sécrétions, combattre l'élément congestif;

2° Faciliter l'expectoration;

3° Calmer la toux et l'élément spasmodique;

4° Traiter l'état général et faire suivre une hygiène convenable au malade.

Les substances modificatrices des bronches et de leurs sécrétions sont: (*a*) les balsamiques, les gommes-résines et les plantes à huile essentielle; (*b*) les iodures; (*c*) les sulfureux.

(*a*) Balsamiques, etc.: goudron, tolu, benjoin, térébenthine, terpine, eucalyptol, créosote, etc. Tous ces médicaments s'éliminent en partie par les muqueuses des voies respiratoires et antiseptisent, au passage, la surface de ces muqueuses. A la faveur de cette antisepsie les sécrétions se tarissent.

Les balsamiques sont, aussi, fort utiles en inhalations et, comme ces médicaments sont tous plus ou moins irritants pour le tube digestif, il est quelquefois préférable de recourir à ce mode d'application.

Les balsamiques s'administrent surtout quand l'expectoration est très abondante, seuls ou associés les uns aux autres.

Le goudron sera donné associé sous forme pilulaire ou en émulsion, ou seul sous forme d'eau de goudron.

La térébenthine, très employée avant l'apparition de la terpine, s'administrait en capsules de 5 gts, 6 à 8 par jour, ou sous forme de sirop.

La créosote très irritante pour le tube digestif est en même temps très utile dans les bronchites tuberculeuses. On la donnera en émulsion ou en pilule, à la dose de une à cinq et même dix gouttes, 3 fois par jour, immédiatement après les repas.

(*b*) Les iodures agissent surtout à l'élimination sur les liquides sécrétés en les fluidifiant. Ils favorisent par là même, l'expectoration. Les iodures sont surtout efficaces dans la bronchite des artério-scléreux et des emphysémateux. Il est bon, toutefois, de savoir manier les iodures de sodium et de potassium, surtout ce dernier, et de les administrer prudemment pour éviter les phénomènes d'iodisme. La dose quotidienne de 5 à 15 grains de l'un ou de l'autre de ces sels est suffisante dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

Les préparations iodo-tanniques sont employées avec de très bons effets toniques sur les muscles des bronches.

(*c*) Les sulfureux agissent par l'hydrogène sulfuré qui s'élimine au niveau des bronches. Selon Renaut, " ils agissent à la façon des cautérisations sur les plaies atones. En congestionnant la muqueuse bronchique, ils en forcent les vaisseaux, parcourant un tissu conjonctif modifié par l'œdème chronique à abandonner leur mode de circulation torpide, pour un régime de pleine et active circulation."

Les eaux sulfureuses natureiles sont toujours supérieures aux préparations artificielles de soufre. Elles sont indiquées dans les cas de bronchite absolument torpide, atonique, sans réaction d'aucune sorte, de ces bronchites qui traînent si longtemps leur cortège de symptômes toujours identiques qu'il semble inutile d'espérer une guérison.

Pour combattre occasionnellement l'élément congestif on peut employer l'ipéca à faibles doses et l'ergotine. On a récemment conseillé l'hydrastis canadensis, vingt à trente gouttes d'extrait fluide, quatre fois par jour.

La médication expectorante sera réalisée par l'emploi des nauséeux chez les forts, et des ammoniacaux chez les faibles.

L'ipéca, le kermès, le tartre stibié, la scille, le polygala sont les médicaments qu'il convient de donner aux vigoureux pour activer et déterminer l'expectoration.

Le carbonate et le muriate d'ammoniaque, le benzoate de soude seront les médicaments de choix si le sujet est délicat et ne peut pas supporter l'action déprimante des premiers.

La médication calmante atteindra son but par l'opium et ses alcaloïdes, morphine et codéine, la belladone (la belladone dessèche en même temps les muqueuses respiratoires), le datura, l'eau de laurier cerise, les inhalations de vapeurs simples ou médicamentées.

Les bromures seront quelquefois utiles.

Le traitement hygiénique et général sera toujours l'objet d'une attention spéciale.

Prémunir les malades contre les variations de température, l'impression du froid humide. Les rendre plus prompts à réa-

gir par des frictions générales vigoureuses, les aguerrir par l'hydrothérapie. Il importe que les malades dépensent chaque jour quelques heures à se promener à pied au grand air, en évitant cependant les fatigues excessives.

Les médicaments s'adressant à l'état général varieront presque suivant chaque sujet.

Les tuberculeux prendront l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, les iodo-tanniques, et pour augmenter leur appétit, les amers, le quinquina, etc.

Les arthritiques, l'arsenic sous toutes les formes, liqueur de Fowler, eau de Bourboule, etc.

Les arthritiques dyspeptiques se trouveront bien du régime approprié et des alcalins.

L'on donnera l'iodure aux emphysémateux, les toniques cardiaques à ceux qui commencent à souffrir de non-compensation. Les baumes seront formellement contre-indiqués chez les albuminuriques. Les vieillards n'useront que modérément des balsamiques et laisseront de côté les sulfureux, l'on s'appliquera à prévenir chez eux l'asystolie.

II. *Catarrhe sec.* — Cette forme de bronchite chronique paraît liée à un état congestif de la muqueuse.

Il faut ici calmer le symptôme le plus fatiguant, la toux quinteuse et sèche à l'aide des préparations opiacées et des inhalations de vapeur d'eau chargée de benjoin.

La codéine, la teinture de jusquiame, la teinture de racines d'aconit, seront les médicaments de choix et seront donnés seuls ou combinés ensemble.

L'iodure de potassium est administré dans le but de prévenir l'emphysème.

III. *Bronchorrhée séreuse.* — Forme rare qui sera combattue par l'administration de la belladone comme anti-sécréteur. Les préparations d'Ergot sont aussi indiquées.

L'arsenic à petites doses sera administré pendant longtemps, cette affection s'observant surtout chez les neuro-arthritiques héréditaires.

IV. *Bronchite putride.* — De tous les traitements employés dans le but de faire de la désinfection des voies bronchiques,

c'est l'injection hypodermique d'eucalyptol, ou d'huile gaiacolée ou créosotée qui donne les meilleurs résultats.

Il faut bien entendu, faire en même temps le traitement tonique général. Diète généreuse, vin de quinquina et toniques de toutes espèces ont ici leur indication.

L'injection sous-cutanée d'eucalyptol se prescrit:

Eucalyptol	1 partie
Vaseline liquide	4 parties

Injecter une à deux drachmes.

V. *Bronchite pseudo-membraneuse.* — Le seul médicament qui paraisse efficace dans cette forme, c'est l'iodure de potassium, à la dose quotidienne de 15 à 30 grains.

Le sérum antistreptococcique n'a pas encore donné de preuves convaincantes de son utilité contre cette forme de bronchite chronique.

VI. *Bronchite chronique de l'enfant.* — Beaucoup plus rare que chez l'adulte, elle se trouve mieux du traitement général que du traitement de la bronchite elle-même.

L'huile de foie de morue, les préparations iodo-tanniques, l'arsenic, feront les frais de cette médication tonique générale.

C'est chez les enfants surtout qu'il faudra se rendre compte de l'état des fosses nasales et du pharynx, les végétations adénoïdes, les rhinites contribuant à entretenir la chronicité de la bronchite. Cet examen attentif du naso-pharynx pourra donc fournir une indication thérapeutique des plus importantes.

ACTUALITÉS MÉDICALES.

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (1)

I. — *Du traitement des ruptures de l'utérus*, par M. HENRI VARNIER.

Le rapporteur a pu observer 23 femmes atteintes de rupture utérine, et d'après lui, ces cas relèvent du traitement chirurgical. Onze malades ont été traitées par le traitement médical : extractions par la voie naturelle du fœtus et des annexes, tamponnement, etc., et dix sont mortes. Pour les 12 autres cas, 6 purent être opérées à temps, et 3 femmes furent sauvées ; les autres malades opérées trop tard moururent sans exception. Il est à prévoir, ajoute l'auteur, que, dans l'avenir, l'organisation des services d'accouchement permettra des interventions d'urgences rapidements menées et qu'on aura de ce fait un nombre plus considérable de guérisons.

Il y aurait deux variétés de ruptures suivant certains auteurs.

1° La rupture *incomplète* ne s'étendant pas jusqu'au péritoine, justiciable d'un traitement par les voies naturelles ;

2° La rupture *complète*, intéressant le péritoine et justiciable d'un traitement chirurgical. Malheureusement, dit le rapporteur, cette division n'est pas clinique ; s'il est possible par le toucher de se rendre compte d'une rupture utérine, il est impossible d'en juger l'étendue. Il n'y a rien qui ressemble au toucher, à une rupture complète comme une de ces ruptures sous péritonéales décrites par Cazeaux.

La réaction générale de l'organisme ne peut non plus aider au diagnostic du degré et d'étendue de la rupture.

Il est donc urgent d'*intervenir chirurgicalement*.

Monsieur Varnier ne conseille pas le traitement conservateur qui consiste à suturer la paroi utérine. Cet utérus est prêt à se rompre lors d'un accouchement ultérieur sans compter

(1) IIIe Session, tenue à Nantes, du 23 au 29 septembre 1901.

que les suites opératoires sont très graves. Il faut pratiquer l'*hyotérectomie subtotale* avec extériorisation du pédicule à la façon de Porro. M. le professeur Pinard enseigne lui-même la nécessité de ce traitement radical de la rupture utérine, diagnostiquée par le toucher intra-utérin.

II. — *Traitement de l'inversion utérine*, par M. Oui, de Lille.

Il convient de distinguer:

1° L'inversion récente d'origine puerpérale;

2° L'inversion ancienne d'origine puerpérale;

3° L'inversion polypeuse.

L'inversion *utérine ancienne* est celle qui persiste après la réapparition des règles.

Dans le traitement de l'inversion récente d'origine puerpérale, l'indication urgente est de réduire l'utérus.

Si le placenta est encore adhérent à l'utérus inversée, l'auteur conseille d'enlever cet obstacle à la réduction. Il ne faut pas craindre les hémorragies. Il vaut mieux se passer d'anesthésie de peur d'augmenter le choc déjà inquiétant.

La réduction doit se faire uniquement par manœuvres nouvelles par *taxis*. Il existe trois procédés:

1° Taxis central ou méthode de Viardel;

2° Taxis périphérique ou méthode d'Astruc;

3° Taxis latéral ou méthode de Deleuryé.

On emploiera une de ces trois méthodes selon les conditions du moment. En présence d'une inversion récente, M. le professeur Pinard conseille d'agir ainsi:

1° Décoller le placenta et désinfecter la muqueuse utérine;

2° Réduire l'utérus dans le vagin;

3° Retourner l'utérus de bas en haut en introduisant la main dans le vagin et en opérant des pressions à l'aide des doigts dans l'intervalle des contractions.

Il faudra surveiller de très près la femme et assurer le retour du pouls par l'éther et la caféine.

(a) *Traitement pendant la période d'involution.* L'anesthésie est ici de toute nécessité et il faut recourir au taxis périphérique et au taxis latéral. Il faut rejeter tout redresseur rigide capable

de perforations utérines et employer si l'on veut le ballon de Champetier ou le tamponnement à la gaz iodoformée qui met à l'abri de l'hémorragie et de l'infection. Dans les cas de sphacèle de la muqueuse et d'infection utérine on ne pourra songer au taxis capable de produire une péritonite suraiguë. L'hystérectomie vaginale est le seul traitement.

(b) *Traitement de l'inversion ancienne d'origine puerpérale.* L'utérus comme l'ont prouvé Barnes, etc., reste très longtemps capable de récupérer son intégrité fonctionnelle. Toutes les tentatives faites pour réduire l'utérus en le conservant sont légitimes quel que soit l'âge de l'inversion. Elles doivent être préférées à l'hystérectomie, ressource ultime réservée aux cas où la réduction est impossible. Le taxis, la méthode à pression continue avec pessaires à air ou à eau, le tamponnement ont donné des succès. Les échecs des méthodes de douceurs ont amener la pratique des opérations sanglantes, telles que la laparatomie qui a donné de médiocres résultats, et les interventions par la voie vaginale. Oui conseille le mode opératoire suivant :

Incision large du cul-de-sac antérieur ;

Exploration de l'infundibulum d'inversion ;

Incision de toute la paroi antérieure de l'utérus ;

Réduction de l'inversion ;

Suture du corps utérin ; réintégration de l'utérus ; suture du col et drainage du cul-de-sac antérieur.

Traitement de l'inversion polypeuse. Il faut supprimer la réduction de l'utérus par les moyens déjà indiqués.

III. — *Des interventions chirurgicales dans les cas de dystocie par fibrômes,* par le professeur BOURSIER, de Bordeaux.

Il y a *dystocie par fibrômes,* lorsque le travail de l'accouchement est gêné par la présence d'une tumeur fibreuse.

Les fibrômes peuvent gêner les contractions utérines, ou empêcher par leur présence l'expulsion du fœtus. Il n'y a guère que les fibrômes développés sur le segment inférieur de l'utérus qui peuvent gêner l'acte obstétrical.

Il n'y a pas ou peu de moyens de diagnostiquer à l'avance les tumeurs coupables de dystocie, et cela à cause des modifi-

cations que leur impriment la grossesse et l'accouchement. Ces modifications sont au nombre de trois:

Augmentation presque générale du volume de la tumeur;

Ramollissement qui permet quelquefois à des fibrômes prœvia de se laminer et permettre par étalement l'expulsion de l'enfant;

Ascension de la tumeur et déviations utérines.

Au moment de l'*accouchement* seulement, il est possible de préjuger de la dystocie possible. En face d'une fibromateuse enceinte ,il faut laisser évoluer la grossesse jusqu'à terme, sauf accidents graves. L'intervention est d'ailleurs assez rare.

Tous les auteurs sont d'accords pour intervenir dans certains cas, les uns lorsque la femme est à terme, d'autres lorsque le travail est commencé.

Le rapporteur passe en revue toutes les opérations qui ont été pratiquées dans les cas de dystocie par fibrômes et conclut que la seule opération à faire est l'*hystérectomie abdominale totale* selon le conseil de Pinard et Varnier. Il n'y a exception que pour les cas de fibrômes pédiculés ou la *myomectomie* peut être employée avec profit.

Au cours de la discussion sur l'opportunité d'intervenir au cours de la grossesse pour enlever un fibrôme, M. Pinard s'éleva avec énergie contre ces interventions pendant la grossesse, sauf dans les cas d'accidents graves, qui forcent la main de l'opérateur. L'accord est aujourd'hui parfait entre accoucheurs et chirurgiens à savoir, qu'il ne faut pas, de propos délibéré, intervenir pour fibrômes chez une femme enceinte, car il est exceptionnel qu'une femme grosse avec un utérus fibromateux présente, au moment du travail, des accidents graves. A la clinique Baudelocque, sur 25000 accouchements, il y a eu 85 cas diagnostiqués de fibrômes coincidant avec la parturition. Il n'a fallu en opérer que 12, et encore presque toutes allèrent à terme.

IV. — *De l'antéflexion congénitale dans ses rapports avec la stérilité et de son traitement*, par M. le docteur BEAUDRON, de Paris.

L'auteur de ce rapport n'envisage que les cas d'antéflexions

congénitales décrites par tous les auteurs, et qu'on considère de plus en plus, selon les idées de Schultze, comme la persistance d'un état infantile de l'utérus et que le médecin allemand a proposé de dénommer *antéflexion puérile.*

La conséquence est de déterminer un rétrécissement du canal utérin. Très souvent, comme l'a fait remarquer Pozzi, les cavités corporelle et cervicale sont dilatées au-dessus et au-dessous du point de constriction et prennent la forme d'un sablier. Il ne faut pas oublier que l'orifice externe du col est très souvent aussi sténosé. Presque toujours cette déviation utérine empêche les fonctions physiologiques normales et elle se manifeste souvent par la *dysménorrhée* et la *stérilité.*

La grossesse lorsqu'elle survient, à une heureuse influence sur cette déviation utérine et elle serait d'après Pinard sa meilleure thérapeutique. Tous les efforts du gynécologue doivent donc tendre à supprimer la flexion et la sténose pour supprimer les obstacles à la fécondation et pour permettre à la grossesse une évolution sans accident.

Plusieurs opérations sont préconisées pour faire disparaître cette flexion utérine, mais il est préférable d'employer la méthode du professeur Pinard, c'est-à-dire le *cathétérisme dilatateur répété* pratiqué deux ou trois jours après la fin des règles.

Il comprend :

La dilatation et le redressement de l'utérus avec les laminaires ;

Le cathétérisme dilatateur répété avec les bougies d'Hégar.

Le traitement cesse quelques jours avant les règles et se reprend lorsqu'elles sont terminées. La femme peut reprendre sa vie conjugale au deuxième mois.

A partir de ce moment, tout de suite après la menstruation, avant toute possibilité de fécondation, on pratique deux ou trois séances de cathétérisme dilatateur et cela jusqu'à guérison.

Par cette méthode, la dysménorrhée est vaincue, la stérilité est combattue et l'antéflexion est corrigée. Lorsque le col revient sur lui-même malgré le traitement par les laminaires, il convient de recourir aux opérations proposées par M. Pozzi et M. Baudron.

V. — *Vomissements incoercibles de la grossesse*, par M. HUGÉ, de Nantes.

D'après cet auteur, ces vomissements sont dus le plus souvent à une auto-intoxication, mais pour lui, le système nerveux doit jouer un grand rôle au point de vue étiologique.

C'est à ces deux indications que devra répondre le traitement médical : tout en agissant sur le système nerveux, il faut lutter contre l'intoxication et empêcher la dénutrition de la femme enceinte.

Au besoin, pour les cas graves, l'auteur a recours à l'évacuation de l'utérus.

M. Guillemet, de Nantes, voudrait que cette question fut traitée au Congrès pour que les praticiens sachent quelle conduite tenir en présence de ces cas. Pour lui le vomissement est une complication et non un symptôme de la grossesse. C'est un premier signe qu'il y a intoxication. Il soumet ses malades au régime lacté et comme quelques-unes ne s'améliorent pas même avec ce traitement, il se demande s'il faut alors évacuer l'utérus et il voudrait savoir quel est le critérium nécessaire pour justifier et nécessiter une pareille intervention.

M. Pinard, en réponse, déclare nécessaire que tout le monde sache que les vomissements de la grossesse ne sont que des manifestations de l'intoxication gravidique, ce sont les premières réactions pathologiques de la grossesse. De même que l'éclampsie ne doit plus être considérée comme une entitée morbide, il en est de même des vomissements, qui ne sont que la conséquence d'une toxémie de la grossesse, d'une hépatotoxémie, parce que l'insuffisance hépatique est, dans ces cas, le phénomène le plus saillant : du reste, le traitement démontre la vérité de cette conception, puisqu'on obtient des résultats heureux en privant l'organisme de toute toxine alimentaire.

Ce qu'il faut bien savoir, ce qu'il faut bien enseigner, c'est que toute femme grosse, qui a des vomissements graves, est une femme qui est presque condamnée à mourir par empoisonnement du système nerveux. Dans ces cas où la responsabilité du médecin peut être engagée, le pouls sera le seul guide. Le pouls n'est pas à 100. Il faut avoir confiance dans le régime

lactée ou dans ses succédanés comme le képhyr; et son emploi est une question de vie ou de mort qu'il faut faire comprendre à la famille de la malade. Le pouls dépasse-t-il 100: il faut vider l'utérus le plus rapidement possible. Il faut considérer la femme dans cet état comme si elle avait une hémorragie abdominale.

VI. — *Mensuration radiographique du bassin*, par M. MORIN, de Nantes, rapporteur.

Ce mode de mensuration vient en aide aux anciens procédés en précisant mieux qu'eux le diamètre transverse.

PÉDIATRIE.

VII. — *Des méthodes conservatrices dans le traitement des tuberculoses locales chez l'enfant*, par M. POISSON, de Nantes.

Le rapporteur présente un rapport des plus complets sur cette question et fait voir comme le traitement a évolué depuis quelques années dans les affections tuberculeuses de l'enfant, qui *ont une tendance naturelle à la guérison.*

La chirurgie sanglante des tuberculoses locales repose sur un certain nombre de préjugés. En effet, la tuberculose locale n'est pas une néoplasie envahissante, elle reste localisée et il n'est pas nécessaire de l'enlever sous peine d'autres manifestations locales ou viscérales. Le danger, dans les tuberculoses opérées, réside dans les infections secondaires: les méthodes conservatrices pourront éviter cette complication tout en exposant ni plus ni moins que la méthode sanglante à la méningite: les statistiques de Kirmisson et de Joüon relevées à l'hôpital Trousseau, de Poisson à l'hôpital maritime de Pen-Bron, en font foi.

La suppuration tuberculose n'est pas assimilable à la suppuration de l'abcès ordinaire. La suppuration fermée tuberculeuse ne deviendra un danger que du jour où il y aura infection mixte.

Ce qu'il faut éviter, c'est l'ouverture, spontanée ou non, de cette collection.

L'auteur formule les propositions suivantes:

1° Ne jamais ouvrir, à moins d'une extrême nécessité, une tuberculose locale fermée, suppurée ou non suppurée;

2° Empêcher, par tous les moyens possibles, l'ouverture spontanée d'une tuberculose suppurée;

3° Faire intervenir sur ces tuberculoses fermées des agents modificateurs généraux ou locaux.

4° Rester fidèle à ce traitement conservateur. alors même qu'il s'agit d'une tuberculose ouverte, en se tenant prêt à agir s'il survenait un état septicémique.

Pour cela, il faudra avoir recours:

1° Au traitement général; 2° à l'immobilisation et l'extension continue; 3° à la compression; 4° aux toniques; 5° aux injections modificatrices; 6° à l'ignipuncture.

Ainsi donc, même dans les cas de suppurations ouverte et de trajet fistuleux, le traitement conservateur ne doit pas être abandonné. Le chirurgien pratiquera toujours des interventions de nécessité, elles seront dictées surtout dans les tumeurs blanches par la fièvre et l'état général septicémique. Il en sera de même dans les abcès confluents infectés. Dans les adénopathies suppurées, il sera nécessaire d'intervenir pour nettoyer des trajets et substituer à des cicatrices vicieuses une cicatrice chirurgicale régulière.

VIII. — *La défense de l'enfant*, par MM. OLLIVE et SCHMITT, de Nantes, rapporteurs.

La défense de l'enfance comprend trois grandes étapes: 1° avant la procréation; 2° depuis la procréation jusqu'à la naissance; 3° après la naissance.

Avant la procréation, par la lutte contre l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, dont les produits sont fatalement condamnés, et contre les intoxications.

Depuis la procréation jusqu'à la naissance, en évitant le *surmenage* qui a, sur le produit de conception, les plus tristes conséquences physiques: avortements, etc.

A l'assistance matérielle de la femme enceinte, doit s'ajouter l'assistance médicale: la femme enceinte ne se doute pas des soins particuliers auxquels elle doit s'astreindre. Il faudrait qu'une consultation pour femme enceinte fût instituée dans toutes les communes et un service d'accoucheurs devrait être institué pour pratiquer en ville les opérations d'urgence dans

les familles appartenant à l'assistance publique ou aux bureaux de bienfaisance.

Après la naissance, l'œuvre de la défense commune commence à peine. Les affections gastro-intestinales et pulmonaires tuent plus de la moitié des enfants : ce sont des maladies évitables par l'assistance médicale des nourrissons, l'assistance pécuniaire de la mère indigente, et son éducation.

M. LEGENDRE, de Paris, fait une communication sur le rôle des médecins pédiatres dans l'instruction et l'éducation de l'enfance.

Le médecin devrait une action sur l'élaboration des programmes pédagogiques et des divers examens et concours. C'est une erreur de notre organisation scolaire d'avoir voulu placer tous les cerveaux d'enfants dans le même moule universitaire, sans tenir compte de leur dissemblances et de leurs dispositions naturelles.

Il serait donc nécessaire de faire une répartition des écoliers d'après l'ensemble de leurs aptitudes et de leur capacité de travail.

M. GASTON apporte un travail remarquable sur les *stigmates héréditaires* constituant un appoint considérable et précieux à la puériculture.

M. QUEIREL insiste pour que les femmes enceintes soient reçues dans les maternités au sixième mois de leur parturition. La femme, mise au repos à la fin de sa grossesse, accouche toujours d'un enfant dont le poids est supérieur à celui des enfants nés de femmes entrées au moment du terme.

M. PINARD, constate avec plaisir tout le progrès accompli dans la puériculture. Aujourd'hui, tout le monde sait que, pour avoir un enfant sain, il faut deux conjoints dans des conditions morales et physiques particulières.

L'orateur demande au Congrès d'approuver le vœu suivant : *Toute femme enceinte sera soumise au repos obligatoire durant les trois derniers mois de sa grossesse.*

IX. — *Du traitement thyroïdien en pathologie infantile et en particulier dans l'infantilisme*, par M. PUSSET, de Lille, rapporteur.

Les expériences sur le coefficient urotoxique des myxœdémateux et des thyroïdisés semblèrent prouver que la fonction

de la glande thyroïde était une fonction antitoxique et que le myxœdème était une auto-intoxication.

Les travaux de Gauthier semblèrent prouver que les phénomènes produits sur l'organisme par la glande thyroïde étaient surtout d'ordre clinique et que le suc thyroïdien agissait avec le métabolisme, produisant, par son absence la rupture de l'équilibre nutritif, dont les résultats sont les symptômes de l'*athyroïdie* ou des *dysthyroïdies* qui entraînent des lésions trophiques et des arrêts de croissance. On peut affirmer aujourd'hui qu'il existe un lien très étroit entre toutes les maladies résultant d'un vice de nutrition et le fonctionnement du corps thyroïde.

Son action est efficace et vraiment spécifique dans le myxœdème franc et dans les états mal définis, classés sous la dénomination de myxœdème fruste, qui semblent se rattacher à un hypofonctionnement de la glande.

Mais c'est dans l'infantilisme que l'opothérapie thyroïdienne donne les meilleurs résultats.

Il y a lieu de distinguer, pour ces cas d'infantilisme, ceux qui sont directement liés au myxœdème, et ceux qui, *en apparence*, dépendent d'une autre cause comme le rachitisme, la tuberculose, la syphilis héréditaire. Le rapporteur pense que, même dans ces derniers cas, s'il est juste de dire qu'il existe un terrain préparé bien favorable, les troubles de croissance et les arrêts de développement sont dûs à une adultération de la fonction thyroïdienne, adultération produite par la tuberculose, le rachitisme, la syphilis.

Il y a donc lieu, dans les cas d'infantilisme, quelle qu'en soit l'origine, d'essayer l'opothérapie thyroïdienne, qui donnera les meilleurs résultats dans la plupart des cas, bien entendu à la condition que le squelette soit encore susceptible de s'accroître.

La médication thyroïdienne demande à être maniée avec la plus grande prudence chez les enfants qui y sont particulièrement sensibles. On devra surveiller le cœur et les reins avec la plus grande attention, cesser le traitement ou diminuer les doses au moindre signe d'intoxication thyroïdique.

On devra toujours commencer par des doses minimes, tâter

la susceptibilité du sujet, n'accroître ces doses que lentement et progressivement, mettre de temps à autre des intervalles de repos pour éviter l'accumulation. Chez les enfants, les tablettes comprimées et pastilles sont les plus commodes à administrer.

X. — *Des albuminuries intermittentes de l'enfance*, par M. MERY, rapporteur.

L'auteur distingue des albuminuries intermittentes dues à des lésions rénales, et des albuminuries intermittentes fonctionnelles.

Les premières peuvent faire suite à une néphrite aiguë et ne pas passer à l'état chronique, ou bien devenir chroniques, réalisant un type analogue à celui des albuminuries intermittentes fonctionnelles, type cyclique ou type orthostatique.

Ces albuminuries peuvent aboutir à la guérison complète, de même qu'elles peuvent aboutir au mal de Bright. Il est rare de les observer au-dessous de sept ans. Elles coïncident plutôt avec l'époque de la formation ou de la puberté et sont souvent insidieuses, n'entraînant que des troubles peu accentués de la santé générale.

La station debout, l'exercice, la marche, etc., favorisent la production de l'albumine, tandis que le décubitus dorsal pendant la nuit ou le jour la fait disparaître des urines.

Il n'y a pas de cylindres dans les urines de ces albuminuriques intermittents.

Les principales variétés d'albuminuries intermittentes fonctionneles sont : l'albuminurie cyclique prégoutteuse, l'albuminurie orthostatique d'origine mécanique, l'albuminurie prétuberculeuse.

La guérison a été observée dans 78 pour 100 des cas. L'albuminurie disparaît dans un laps de temps variant de deux à trois ans.

Pour expliquer ces albuminuries intermittentes fonctionnelles, deux théories pathogéniques sont en présence.

Dans la première, on incrimine la présence, dans le sang, d'albumines anormales d'origine digestive ou hépatique ou dyscrasique, albumines pouvant dialyser à travers un rein sain.

Dans la seconde théorie, on admet l'action irritante passa-

gère, sur l'épithélium rénal, soit de matières extractives en excès, soit de poisons d'origine digestive ou dûs au fonctionnement anormal du foie; cette théorie entraîne comme conséquence l'existence d'une altération rénale tout à fait transitoire, qui ne survit point à la cause qui l'a produite. Le mode de traitement de ces albuminuries intermittentes est très limité.

XI. — *Traitement de la scoliose essentielle des adolescents par la kinésithérapie*, par M. SAQUET, de Nantes, rapporteur.

La scoliose essentielle ou idiopathique est constituée par une déviation latérale de la colonne vertébrale. L'emploi des mouvements dans le traitement de la scoliose est passé dans la pratique courante.

Il est de première nécessité d'intéresser les malades à leur traitement. Les enfants intelligents et adroits guérissent plus vite. Le massage très utile est à lui seul insuffisant: la kinésithérapie comprend le massage, la mobilisation, les exercices actifs et les exercices à résistance. L'électricité est superflue.

Abandonnée à elle-même, la scoliose s'aggrave à la puberté. On doit surveiller les attitudes de lecture, d'écriture et de travail: il faut recommander l'écriture droite, le repos dans la journée le dos appuyé dans un fauteuil convenable ou étendu sur un meuble dur. Le lit devra être dur, sans oreiller ni traversin. Le rapporteur n'est pas du tout partisan des corsets orthopédiques.

Parmi les sports, la natation à la façon de la coupe, la bicyclette, le bras surélevé du côté concave, le billard chez les garçons dans la scoliose à convexité droite, le croquet, le lawn-tennis modéré seront permis.

J.-E. DUBÉ.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 26 novembre 1901

Présidence de M. le Dr DEMERS

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont mises aux voix et adoptées.

M. MERCIER (Alphonse) : A la dernière séance, lors de la discussion sur la communication de MM. St-Jacques et Marien, j'avais demandé à quel endroit siégeait le cancer primitif, j'ai, depuis, relu la communication et je n'y trouve nulle part mention de ce point qui, cependant, me parait assez important.

M. MARIEN : M. St-Jacques étant absent, vous me permettrez, comme collaborateur, de répondre à cette objection. Nous avons trouvé le cancer primitif dans le petit intestin. Le cancer s'était développé dans la celluleuse en soulevant la muqueuse sans l'ulcérer, cette dernière étant intacte sur toute l'étendue de la masse cancéreuse. Il y avait un épaississement considérable de toute la paroi intestinale, le cancer envahissait toutes les tuniques profondes et se propageait jusqu'au mésentère—ce dernier était infiltré de noyaux secondaires : c'est à cet endroit qu'ont été pris les morceaux que nous avons examinés et le microscope a montré que c'était franchement un épithéliôma.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES.

1° M. GRAVEL présente les reins et le cœur d'un malade mort à l'Hôtel-Dieu deux jours après son entrée à l'hôpital, dans le coma urémique. Il n'a pu se procurer aucun détail sur le passé pathologique du malade. Les deux reins sont scléreux et très petits, le cœur est dilaté et très hypertrophié.

M. LESAGE : Ce malade a-t-il une histoire pathologique quelconque qui puisse expliquer ces troubles? Il semble qu'une étiologie compléterait, en l'éclairant, la nature des lésions observées en jetant un coup d'œil sur les organes qui viennent de nous être présentés.

M. GRAVEL : Je n'ai vu le malade que dans les derniers jours et son histoire n'a pas pu être faite.

2° M. MARIEN communique à la société le résultat d'une autopsie faite en ville assisté de MM. Gravel et Bouchard. Il s'agit d'une malade morte après deux jours de maladie avec des symptômes d'obstruction intestinale. A l'autopsie l'abdomen était très dilaté, mais la cavité péritonéale ne contenait aucun épanchement, les intestins étaient très dilatés et remplis de liquide. Dans la fosse iliaque droite on trouve un gateau inflammatoire formé par des adhérences péri appendiculaires ; par la dissection on trouve une cavité remplie de pus, et un appendice hypertrophié et mamelonné. Il existe, près de l'insertion appendiculaire, une petite perforation d'où s'échappe des matières fécales. Après dissection complète de la pièce on trouve un retrécissement presque total de

l'intestin qui a l'air inflammatoire, au-dessous le coecum est très dilaté. Le foie est farci de noyaux cancéreux secondaires presque tous d'égal volume et disséminés un peu partout dans le parenchyme hépatique.

Voici une malade atteinte d'appendicite chronique ancienne chez qui on trouve un anneau cicatriciel cancéreux au-dessous à évolution rapide, si on s'en rapporte aux symptômes observés.

M. Marien se demande s'il ne s'agirait pas dans ce cas d'un cancer greffé sur des cicatrices d'appendicite chronique.

M. LASNIER : M. Marien semble croire que l'appendicite a été le point d'appel du cancer. Je suis d'opinion que, dans ce cas, c'est plutôt l'infection secondaire qui a été la cause de l'appendicite.

M. MARIEN: Je n'ai pas émis d'opinion, je n'ai fait que des réflexions, n'ayant pas encore fait l'examen histologique de la pièce. Je constate ici des lésions très anciennes appendiculaires, et un cancer qni a évolué très rapidement.

COMMUNICATION.

1° M. MERCIER (Alphonse), en collaboration avec M. Bernier, rapporte l'observation d'un malade atteint *d'ostéopathie hypertrophiante*, avec présentation du malade, photographies et radiographies. (Ce travail est publié en entier plus haut.)

DISCUSSION.

M. DUBÉ demande à ce que l'épreuve de la tuberculine soit faite sur le malade, afin de pouvoir éliminer complètement la tuberculose.

M. CORMIER : M. Mercier a parlé des travaux de M. Marie, en 1890, sur cette maladie, époque où M. Marie en a donné une étude complète ; mais cette maladie était connue depuis plusieurs années. Bailly en a rapporté un cas en 1862, et les cas rapportés depuis ont été assez fréquents.

Quant à l'origine pneumique que M. Marie reconnait à cette affection, elle n'est pas admise par tous, Marfan admet que d'autres causes peuvent la provoquer, entre autres, toutes les affections de la cage thoracique. Il y a même un cas de rapporté ou la maladie aurait eu pour point de départ une infection vésicale causée par le cathétérisme au cours d'une fièvre typhoïde chez un enfant. Il s'agissait d'une cystite à colibacille.

On a conseillé comme traitement dans cette maladie l'extrait de poumon—on aurait eu quelques succès.

M. LESAGE constate que, dans l'analyse du sang, la leucocytose portait surtout sur les polynucléaires, et que ce résultat contribuait à faire exclure la tuberculose chez le malade. En effet, depuis les travaux de Vidal et Ravaut, ont sait que la formule leucocytaire porte surtout sur les lymphocytes dans les affections de nature tuberculeuse. Il ne voit cependant aucune objection à faire l'épreuve de la tuberculine.

M. DECOTRET n'est pas prêt à éléminer la syphilis héréditaire comme pathogénie de l'affection dont souffre le malade présenté par MM. Mercier et Bernier.

M. DEMERS se prononce en faveur de l'épreuve par la tuberculine. Quant à la déformation du thorax que l'on remarque chez le malade, il est d'opinion qu'elle a été causée par des troubles de la respiration occasionés par les tumeurs adénoïdes dont souffre le malade.

M. FOUCHER reconnait les déformations osseuses de la face à la suite de tumeurs adénoïdes, mais ces malformations portent surtout au niveau des sinus et sont provoquées par le tirage qui se fait dans les fosses nasales. Les autres lésions osseuses du thorax ne peuvent s'expliquer par le même mécanisme. Si l'infection occasionnée par les végétations adénoïdes peut causer cette maladie, il est surprenant de voir le peu de relation qui existe entre la fréquence des végétations adénoïdes et la rareté de l'ostéopathie hypertrophiante. Cependant si la maladie est causée par une affection pulmonaire il n'est pas improbable que les infections des voies respiratoires supérieures pourraient lui donner naissance.

M. VALIN demande s'il n'aurait pas pu se produire de pleurésie au moment des troubles qui ont suivi la chute du malade dans l'eau glacée. Si une infection pleuro-pulmonaire s'était produite à ce moment la pathogénie de la maladie en question pourrait peut-être s'expliquer.

M. MERCIER ne voit pas d'objection à l'emploi de la tuberculine, à condition, bien entendu, de prendre toutes les précautions requises et nécessaires en pareil cas.

Le diagnostic de pleurésie est acceptable, mais il faut savoir que le malade n'a jamais toussé, ni ressenti aucun point de côté . . . Quant à la diminution de sonorité constatée à droite, elle est peu marquée et insuffisante à établir l'existence d'une affection pleurale en évolution. Peut-on admettre comme cause de cette ostéopathie une pleurésie antérieure qui aurait ensuite disparu sans presque laisser de traces?

Nous ne le croyons pas.

L'infection syphilitique n'a rien à voir dans le cas qui nous occupe,et nous affirmons que le père n'est pas syphilitique, 1°, parce que l'interrogatoire, très serré, a été négatif sur ce point, 2°, parce qu'il n'y a aucune raison de suspecter sa bonne foi et la véracité de ses réponses, 3o, parce qu'on ne trouve chez-lui aucun signe de syphilis. Au surplus, ce point n'a pas l'importance qu'on veut lui attribuer et nous admettrions volontiers une erreur de notre part. Mais alors, il resterait à nous montrer qu'il y a eu transmission du père aux enfants, que notre petit malade est syphilitique, enfin et *surtout*, que ses déformations sont de nature spécifique. Or, ce dernier ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire, et ses déformations, aux bras et aux jambes, sont *symétriques*, ce qui élimine d'emblée l'influence de la syphilis dans la pathogénie de de l'ostéopathie actuelle.

J..P. DÉCARIE,
Secrétaire.

Séance du 10 décembre 1901.

Présidence de M. MARIEN.

PROCÈS-VERBAL.

Les minutes de la dernière séance sont mises aux voix et adoptées.

M. MERCIER, O. F. communique à la Société le résultat d'une opération pratiquée snr le malade dont MM. Mercier (Alp.) et Bernier ont rapporté l'observation à la dernière séance. Il s'agissait du volumineux ganglion du cou dont on avait demandé l'analyse histologique. La masse était située très profondé-

ment sous les muscles et, après dissection, on est tombé sur une paroi absolument lisse et nacrée, fluctuante. La ponction a donné un liquide très clair. Il y avait absence complète de pus dans la région, et l'examen bactériologique du liquide n'a révélé la présence d'aucun micro-organisme. M. Mercier se demande s'il ne s'agirait pas dans ce cas du lymphadénôme de Hodgkin, cependant la grande quantité du liquide kystique est contre cette hypothèse.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES.

M. HARWOOD présente plusieurs pièces de grossesses tubaires provenant d'opérations faites dans son service à l'hôpital Notre-Dame. Il s'agit de grossesses ectopiques à différents âges, opérées d'urgence pour accidents survenus à la suite de rupture de la trompe. Il fait un exposé de la pathogénie des grossesses extra-utérines et de leur localisation dans la trompe gravide.

RAPPORT.

M. BOUCHER donne lecture d'un rapport sur le fonctionnement de "*La goutte de lait*" qui a été installée dans la partie est de Montréal au printemps dernier. Ce rapport sera publié dans l'UNION MÉDICALE.

COMMUNICATION.

M. DUBÉ lit un mémoire sur l'*approvisionnement du lait dans la ville de Montréal.* Il passe en revue les différents moyens que la ville a à sa disposition pour forcer les laitiers à fournir un lait pur et non contaminé. Il s'appuie sur le cas de la ville de New-York et propose d'adopter ici le même système.

Ce mémoire sera publié dans l'UNION MÉDICALE.

DISCUSSION.

M. LECAVALIER insiste sur l'importance qu'il y a d'exercer une surveillance rigoureuse sur la provenance du lait. Il présente une nombreuse statistique d'épidémies qui ont été disséminées par le lait et pour lesquelles la cause infectante n'a été connue qu'après l'éclosion de l'épidémie.

M. FOUCHER cite, à l'appui des observations de M. LeCavalier, le cas d'une maison d'éducation de Montréal où une épidémie assez sévère a eu pour cause un lait déjà contaminé sur la ferme avant d'être donné aux élèves.

M. HARWOOD fait quelques remarques sur les différents âges du lait qui est distribué à la ville et sur le manque de voitures à réfrigérateurs sur les convois de chemin de fer.

M. LABERGE, médecin en chef du bureau de Santé de Montréal, dit que la ville se propose de faire tout en son pouvoir pour arriver à doter Montréal d'un lait pur. Avec le nombre d'inspecteurs qu'il a aujourd'hui à sa disposition il est impossible d'exercer une surveillance satisfaisante. Le laboratoire d'examen bactériologique du lait est encore à créer. M. Laberge se prononce en faveur d'un système d'éducation des fermiers et des laitiers. En leur montrant les dangers qu'ils font courir à leurs clients en leur fournissant un lait impur, et les avantages qu'ils tireraient eux-mêmes d'une bonne exploitation de leurs vacheries, il croit que l'on arriverait à un très bon résultat.

M. LECAVALIER.—Avec l'impossibilité où se trouve aujourd'hui la ville de faire inspecter toutes les fermes qui fournissent du lait à Montréal, je suis d'opinion que ce serait commettre une injustice que de distribuer des certificats d'inspection.

J.-P. DÉCARIE, *Secrétaire.*

ANALYSES

CHIRURGIE.

Deux cas de mort immédiate par rachicocainisation par M. LEGUEU, (*Société de Chirurgie*, séance du 6 novembre, 1901).

Je ne veux pas rouvrir la discussion sur la rachicocaïnisation, mais dans ces derniers temps, j'ai eu à déplorer deux morts par cocaïne, et c'est un devoir impérieux pour moi d'apporter à ma dernière communication ce regrettable complément.

Deux de mes malades sont morts, tout de suite, quelques minutes après l'in, jection, sur la table d'opération ; il ne s'agit donc plus de ces morts tardives-secondaires, pour l'explication desquelles on pouvait admettre ou discuter la part de la maladie en cours. Les morts immédiates que j'ai vues ne laissent aucun doute sur l'influence de la cocaïne chez ces malades.

Il n'y a à incriminer aucune faute, ni du côté de l'injection ni du côté de la dose.

Du côté des malades, certaines circonstances atténuantes sont à noter. Dans le premier cas il s'agit d'un malade agé de 54 ans, qui présentait une rupture du tendon du triceps gauche. La veille, le malade se promenait dans la rue, lorsqu'il fut pris d'un étourdissement, perdit connaissance et tomba par terre. On le relève sans connaissance et on le transporte chez lui. Au bout de quelques heures, il revient à lui, mais il fut frappé à nouveau d'un accès apoplectiforme, il tombe à la renverse et reste toute la nuit sans connaissance.

Je le vois, le lendemain matin, il était assis sur son lit, a toute sa connaissance et n'a conservé aucune paralysie. Il présentait tous les signes d'une rupture du tendon rotulien; il fallait l'opérer. La question d'anesthésique me préoccupa vivement. C'est un individu gras, obèse, au visage vultueux et apoplectique, emphysémateux ; les bruits du cœur sont mal frappés, on perçoit un bruit de galop; les artères sont athéromateuses. Je ne me souciai pas d endormir ce malade avec du chloroforme et je me décidai pour l'anesthésie par la cocaïne. Injection de un peu moins de 2 centim. de la solution au 1-100. Le malade est étendu sur son lit ; on prépare le champ opératoire.

Je commence l'opération dix minutes après l'injection : le malade est tranquille, ne dit rien, ne sent rien.

Tout-à-coup, pendant l'ouverture de l'articulation, le malade se plaint d'étouffer ; il demande à s'asseoir, poussa quelques gémissements, ses yeux se convulsent, sa tête est agitée de quelques mouvements convulsifs ; il retombe sur le lit, la face noire ; il était mort un quart d'heure après l'injection.

Quelque temps après, un second accident est venu troubler à nouveau la série de nos opérations à la cocaïne.

Le 8 septembre dernier, un malade agé de 61 ans était amené à l'Hôtel-Dieu, pour une hernie inguinale étranglée.

En mon absence, mon chef de clinique se disposa à opérer le malade. Il pratiqua une injection de cocaïne de 1 centg. et demi de la solution au 1-100.

La région venait d'être lavée et préparée lorsqu'on s'aperçut que la respiration devenait difficile. Le malade vomissait, la face était pâle, le front couvert de sueurs. La respiration se ralentit et s'arrête ; la mort survient sans secousses, sans une plainte, avec une face d'une pâleur extrême. L'injection était faite depuis 12 à 15 minutes et l'opération n'était pas commencée Voilà donc deux morts *immédiates* ; ce sont, je crois, les premières causées par la cocaïne lombaire.

Et, en quelques jours, la rachicocaïnisation s'est élevée entre mes mains à une mortalité de 1-100. C'est beaucoup pour un anesthésique ; et victime sans doute, d'une coïncidence fâcheuse, j'ai cru plus prudent de m'abstenir jusqu'à nouvel ordre.

Mais je ne saurais oublier les bénéfices que j'ai retirés jusqu'alors de la cocaïne ; je dois à la vérité de rappeler que je n'ai jamais eu d'autres accidents et je crois qu'il y a, dans ma série assez nombreuse, des malades qui n'ont dû leur existence qu'à la substitution, pour l'anesthésie, de la cocaïne au chloroforme.

Je ne veux donc pas brûler aujourd'hui ce que j'adorais hier ; je crois que la rachicocainisation restera comme méthode d'anesthésie, dans une étendue dont les limites sont encore impossibles à définir.

A. MARIEN.

THERAPEUTIQUE

M. H. ROGER publie dans *Arch. Gén. de Médecine.* de juillet 1901, un article excellent, intitulé "*Nouvelle contribution à l'étude clinique de l'érysipèle*", résultat de 1568 observations. Ce sont les considérations thérapeutiques qui nous intéressent surtout, dans cet article. D'abord nous remarquons qu'il n'y est pas fait, une seule fois, mention du Sérum antistreptococcique et il n'y a pas là, sûrement, d'oubli, puisque l'on utilise les injections sous-cutanées de sérum artificiel dans les cas graves.

Voici comment M. Roger libelle son traitement :

D'abord plus de pommades, d'emplâtres, de collodions, ces méthodes inutiles, pour enrayer la marche, peuvent quelquefois, augmenter la gravité de l'érysipèle et sont conséquemment proscrites.

Localement l'on fera des pulvérisations d'éther saturé de camphre ou ce qui vaut beaucoup mieux, des compresses chaudes fréquemment renouvelées.

Les érysipèles des membres sont aussi traités par les pansements humides chauds. Seulement, les infections y étant plus graves, l'on aura recours, quand il existe de la gangrène, à des bains locaux dans des solutions légères ; 1 p 10,000 de permanganate de potasse, que l'on fait suivre de pansements humides antiseptiques. C'est l'eau oxygénée, neutralisée, qui donne les meilleurs résultats.

L'on parviendra, si l'érysipèle des membres prend une gravité d'allure exceptionnelle, à en enrayer la marche par des injections interstitielles d'eau oxygénée. L'eau oxygénée du commerce est étendue de son volume avec une solution de bicarbonate de soude à 4 p 1000. Le liquide obtenu est neutre ou légè-

rement alcalin. Par trois ou quatre piqûres, l'on injecte 5 à 6 centim. cubes à la périphérie des lésions ou autour des points sphacélés.

Le traitement général s'applique aux cas sérieux et consiste dans l'administration de stimulants diffusibles : acétate d'ammoniaque, sirop d'éther ; des oxydants : benzoate de soude. Si l'état général est grave l'on fait des injections sous-cutanées de sérum artificiel ou d'huile camphrée.

Enfin, si la température est élevée et l'adynamie profonde, il faudra recourrir à la balnéation. C'est le bain tiède de 28° à 32° qui est prescrit, le bain froid étant à peu près abandonné.

Si le sujet est jeune et vigoureux, l'on donne un premier bain à 30° et les bains suivants à 28°. Quand le malade a dépassé 40 ans, il faut être très prudent dans l'administration des bains, même des bains tièdes.

Le délire, si fréquent dans l'érysipèle, sera traité par les oxydants qui favorisent la diurèse, v. g. benzoate de soude à dose de un drachme avec balnéation froide ou tiède.

Enfin dans les délires très intenses, l'on a recours à l'ancienne méthode du vin opiacé : 2 grains d'extrait thébaïque dans une chopine de vin que l'on donne dans la journée par petites quantités.

Le délire des femmes, qui en général relève de l'état névropathique, est traité par l'extrait de valériane, 1 drachme, ou le bromure de sodium ou de calcium 1 à 2 drachmes, et pour la nuit 15 grains de sulfonal ou de trional.

Les antipyrétiques sont peu utiles. Si le pouls a un caractère intermittent avec montées vespérales, l'on peut prescrire 10 à 15 grains de sulfate de quinine dans la matinée.

L'on donnera l'antipyrine si la fièvre se prolonge après la cessation des manifestations locales.

H. Hervieux.

A LIRE

Jugement intéressant la profession médicale.

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec

vs

Dr Auguste Bourbonnais, M.P. au Fédéral.

Monsieur le juge A. Dorion vient de décider qu'un médecin ne peut pas prétendre renoncer à la qualité de membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec et en même temps continuer à exercer la profession médicale. Les prétentions du défendeur sont rejetées.

S'il fait telle renonciation, il doit cesser aussitôt l'exercice de sa profession.

Tant qu'il exerce sa profession comme le défendeur l'a fait, le médecin doit payer la contribution de deux dollars par an.

Jugement est en conséquence rendu contre le défendeur pour vingt-quatre dollars, avec dépens.

BIBLIOGRAPHIE

Guide de l'Examen Gynécologique, par le Dr L. LÉON ARCHAMBAULT, 1 volume relié de 116 pages, avec 78 figures. Prix, 3 francs. (A. Maloine, libraire-éditeur, 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

C'est un guide pratique avant tout, destiné aux étudiants et aux médecins peu familiarisés avec les pratiques gynécologiques.

Sans doute, il est toujours facile de soigner une femme qui se plaint de souffrances génitales, mais s'il est facile de la soigner par à peu près, il est souvent très difficile de faire chez elle un diagnostic exact. Or ce livre permet d'avoir une méthode dans l'examen gynécologique et d'arriver à un diagnostic précis.

Ce sont d'abord les diverses phases de l'Interrogatoire qu'on apprendra à faire ; c'est souvent chose difficile chez une femme. Puis l'examen de la partie abdominale, la façon de faire la percussion, et même d'ausculter sont passés en revue ; on saura méthodiquement faire l'inspection des organes génitaux, ce qui permettra de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les affections de la vulve. Puis la palpation qui est utile en gynécologie aussi bien qu'en obstétrique, et le toucher, qui est d'une importance si grande dans le diagnostic des maladies des femmes ! Enfin un chapitre spécial est consacré à l'emploi du spéculum, de l'hystéromètre, des dilatateurs, des spéculum intra-utérins, etc., en un mot de l'instrumentation.

L'ouvrage se termine par un exposé schématique des affections gynécologiques qu'on rencontre le plus fréquemment, exposé résumant en peu de mots ce dont se plaint la malade et ce que doit trouver le praticien dans telle affection. Il est de plus illustré de plus de 70 planches, ce qui donne une grande clarté et permet de saisir immédiatement toutes les explications. C'est donc un ouvrage didactique et précis qui trouvera sa place dans la bibliothèque d'un médecin ou plutôt sur son bureau, car c'est un *vade mecum*, un livre à consulter à tous les instants.

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hauteville, Paris).

MM. Saulieu et Dubois, qui ont publié les *Conférences de l'Externat*, continuent la série commencée, en publiant les *Conférences de l'Internat*, destinées aux élèves plus avancés dans la carrière des concours.

Ici, il est exigé de la part du candidat une méthode plus savante, une abondance plus grande de détails, une pénétration plus approfondie du sujet ; il faut classer les notions acquises et les adapter à un cadre déterminé.

Ces conférences sont des schémas de questions, des plans très développés, des questions quelquefois complètement traitées ; les divisions ont été multipliées à dessein pour permettre une récapitulation rapide et une facile vue d'ensemble.

Chaque conférence comporte quelques conseils destinés à mettre en valeur des points particulièrement importants.

Un index bibliographique indique les travaux auxquels l'étudiant devra se reporter s'il désire développer telle ou telle partie du sujet.

C'est à dessein que les auteurs ont renoncé à la pensée de séparer les questions d'Anatomie et de Pathologie ; ils ont cru préférable de réunir en un même fascicule tout ce qui concerne l'un ou l'autre point de vue.

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférences pour l'Internat* : I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plèvre. — III, Cœur.— IV et V, Thorax.

— VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Moelle. — X, Moelle et Rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du Palais, Amygdales. — XIII. Œsophage et estomac, — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII et XVIII, Abdomen. — XIX et XX, Reins, Urétères, Vessie. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Organes génitaux de l'homme — XXIII, Accouchements. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur. — XXIX et XXX, Maladies généraies.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Vient de paraître Bibliothèque Méthodique des livres de Médecine, Chirurgie, Pharmacie, Sciences, 1880-1901, comprenant les ouvrages nouveaux parus à ce jour. Pour recevoir cette bibliographie gratuitement et franco, il suffit d'en faire la demande à la librairie Maloine, 23-25, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Cliniques médicales iconographiques, par M. M. HAUSHALTER, ETIENNE SPILLMAN et THIRY de la faculté de Nancy. Fascicule I. C. Naud, éditeur, 3, rue Racine.

Ce fascicule, grand format, (14 x 11 pcs) est le premier d'une série publiée à brève échéance. Il y aura en tout 62 planches hors texte, comprenant 398 figures se rapportant à près de 300 individus.

Cet atlas a pour but d'assembler quelques-unes des photographies que les auteurs ont recueillies depuis plusieurs années, au jour le jour et au hasard de la clinique.

Ces figures représentent différentes modifications des formes, de l'habitus et de l'attitude, dans les amyotrophies progressives, la paralysie et l'hémiplegie infantiles, les paralysies de la face, les névrites périphériques, la rigidité spasmodique infantile l'hydrocéphalie, la maladie de Basedow, le myxoedème, le rhumatisme chronique, le rachitisme, etc. Plusieurs planches reproduisent les altérations cutanées des maladies générales, des trophronévroses, des dermatoses, de la syphilis, etc. . . .

Cet atlas a le grand mérite de fixer au tableau le trait caractéristique d'une physionomie morbide que la description la plus rigoureuse ne peut pas toujours exprimer avec la lucidité désirable.

Traité de médecine, deuxième édition. Publiée sous la direction des Profs. Bouchard et Brissaud, tôme VI et VII — Masson et Cie, éditeurs, 120 Boulevard St-Germain, dix volumes. 150 francs.

La deuxième édition du traité de médecine a été entièrement revisée et augmentée dans de notables proportions. En outre, et pour la commodité des lecteurs, les matières sont réparties en dix volumes qui paraissent successivement. Chaque volume est vendu séparément. C'est un ouvrage de première valeur scientifique. Les collaborateurs sont des maîtres de la médecine contemporaine, si féconde en résultats, et encore si riche d'espérances pour l'avenir.

TABLE ALPHABÉTIQUE 1901.

Auteurs.

A

PAGE.

ARCHAMBAULT :—
La vaccination 352

B

BENOIT :—
L'hygiène au Congrès de Paris (suite) 42
Le diagnostic précoce des fièvres éruptives 91
Le Collège des Médecins et les bénéficiaires de la loi Pinault modifiée par l'amendement Roy 375
Le nouveau mode d'élection du Bureau des Gouverneurs 437

BERNIER :—
Ostéopathie hypertrophiante (en collaboration) 719

BERNHEIM :—
La médication phospho-créosotée dans la tuberculose 154, 198
La cure alimentaire du tuberculeux 605

BOULET :—
Les sinusites aiguës et chroniques 737

BOUCHER :—
L'œuvre de la Goutte de lait 249

C

CHAGNON :—
Note sur un cas d'intervention gynécologique chez une aliénée 263
Note sur la période terminale de la paralysie générale 460
11e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et de pays de langue française ... 570, 630

CHOPIN :—
Analyse chimique des eaux potables au point de vue hygiénique 339

D

PAGE.

DAIGLE :—
Pleurésie purulente, variétés bactériologiques, pronostic et traitement 280
L'enseignement de la chimie dans les écoles de médecine 497

DE COTRET :—
Infection puerpérale, sérum de Marmoreck et abcès artificiel ... 266

DE GRANDPRÉ :—
Alimentation chez le nourrisson 409

DEMERS :—
Comment on meurt après cinquante ans 391

DURÉ :—
La mortalité infantile et les moyens de la diminuer 12
Congrès contre la tuberculose tenu à Ottawa 166
Lymphadénie leucémique 214
Tuberculose et hérédité 470
Fièvre typhoïde chez un bébé de quatre mois et onze jours ... 540
La constipation, ses causes et son traitement 597
Troisième Congrès d'obstétrique et de pédiatrie tenu à Paris 1901 762
Les étudiants en médecine de langue française et de langue anglaise 704

F

FOUCHER :—
L'obstruction nasale et ses conséquences 67

H

HARWOOD :—
Caroncules de l'urèthre 31
Grossesse extra-utérine 521

Auteurs.

PAGE.

HERVIEUX :—
Traitement des pleurésies..... 36, 102, 161
La grippe..... 239
Traitement de la dysenterie..... 290
Traitement de la coqueluche... 356
Traitement de la diarrhée infantile..... 424
Traitement du rhumatisme articulaire aigü..... 470
Traitement du rhumatisme chronique..... 548, 757
Traitement des bronchites aiguës et chroniques..... 615, 748
Vaccination et revaccination... 666

L

LABERGE :—
Organisation du bureau de santé de Montréal en rapport avec les maladies contagieuses..... 670

LACHAPELLE, E. P. :—
Les maladies contagieuses, l'hygiène et les pouvoirs publics.... 131
Prophylaxie de la tuberculose.. 348

LACHAPELLE, S. :—
Tuberculose pulmonaire et non hérédité..... 246

LEGUEU :—
Du choix de l'opération dans le traitement des inflammations chroniques des annexes..... 327

LE SAGE :—
Purpura hémorrhagique par auto-intoxication..... 27
Le projet d'hôpital pour les maladies contagieuses à Montréal. 175
Le traitement de la fièvre typhoïde à l'hôpital Notre-Dame. 226
L'institut vaccinal de Montréal. 252
L'appendicite à l'Académie de Médecine de Paris..... 296
Les traitements de l'alcoolisme chronique..... 365
Maladie de Hanot à forme splénomégalique chez une jeune fille de quatorze ans et demie (en collaboration)..... 532
La tuberculose au Congrès de Londres..... 556, 620
Anesthésie chirurgicale, chloroforme, éther..... 682

PAGE.

M

MARIEN :—
L'Ostéotomie trochantérienne... 207
Tumeurs du sein et leur traitement..... 587
Cancer intestino-péritonéal (en collaboration)..... 731

MERCIER, O. F. :—
Un cas de hernie inguinale à double sac..... 78

MERCIER, A. F :
L'antikamnia, la térébenthine et le sérum de Marmoreck dans l'infection puerpérale..... 431
La sphygmomanométrie clinique et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire... 463
Maladie de Hanot à forme splénomégalique chez une jeune fille de quatorze ans et demie (en collaboration)..... 532
Ostéopathie hypertrophiante (en collaboration)..... 719

P

PARIZEAU :—
Luxation du testicule..... 87

PRÉVOST :—
Considérations et statistiques sur la mortalité infantile..... 146

R

RIVET :—
Recherche de l'albumine dans l'urine..... 554, 692

S

ST-JACQUES :—
Cancer intestino-péritonéal (en collaboration)..... 731

V

VALIN :—
Tabès dorsal spasmodique chez un adulte..... 651

VILLENEUVE :—
De l'intervention judiciaire en matières d'honoraires professionnels à propos d'une décision récente..... 3
De la sortie compulsive, des asiles d'aliénés, des maniaques périodiques pendant les intermittences de la maladie..... 455
Danger social de la syphilis..... 485

Matieres.

A PAGE.

Abcès péri—appendiculaire et calcul.... 384
Abcès artificiels dans l'infection puerpérale.... 266–431
Acide carbonique: de l'alcool dans l'empoisonnement par l'.— 713
Accouchement forcé pour insertion vicieuse du placenta.... 385
Accouchement, retard de l'—causé par la lèvre antérieure de l'orifice utérin.... 188
Alcool dans l'empoisonnement par l'acide carbonique.... 713
Alcool chez le nourrisson.... 447
Alcoolisme chronique, les traitements de l'—.... 365
Albumine recherche de l'—dans l'urine.... 554–662
Alimentation l'— chez le nourrisson.... 409
Aliénée, intervention gynécologique chez une.... 263
Anévrysmes de l'aorte, contribution au traitement des—par la gélatine.... 712
Anesthésie chirurgicale.... 682
AntiKamnia, térébenthine et sérum de Marmoreck dans l'infection puerpérale.... 266–431
Annexes, du choix de l'opération dans le traitement des inflammations chroniques des—.... 327
Appendiculaire, vomito-negro—... 308
Appendicite l'—à l'Académie de Médecine de Paris.... 296
Le traitement de l'—.... 185
Apophyse mastoïde, pourquoi faut-il trépaner l'—.... 62
Artério-sclérose cérébrale, traitement de l'— par le sérum inorganique.... 713
Association, projet d'—des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.... 696
Association médicale du district de Trois-Rivières.... 495
Asthme, formulaire clinique.... 515
Auto-intoxication, purpura hémorrhagique par—.... 27
Bandage abdominal dans le travail de l'accouchement.... 188

B PAGES.

Banquet de la Société Médicale de Montréal.... 707
Blennorrhagie et eau oxygénée.... 316
Bromures dans le traitement de l'épilepsie.... 316
Bronchites aiguës, traitement des —.... 259, 324, 615
Bronchites chroniques, traitement des—.... 757
Bureau des Gouverneurs. Le nouveau mode d'élection du—.... 437
Bureau de Santé. Organisation du— de Montréal en rapport avec les maladies contagieuses.... 670

C

Cachets anti-névralgiques.... 193
Calomel chez les enfants.... 313
Calcul biliaire, extrait de la vésicule par cholécystotomie.... 384
Catarrhe du nez.... 645
Caroncules de l'urèthre.... 81
Cancer, traitement du — par la nectrianine.... 315
Cancer de larynx, le diagnostic anatomo-pathologique. Du—... 114
Cancer intestino-péritonéal.... 731
Capsules surrénales, extrait de— dans les maladies du cœur.... 190
Cérumen et crise épileptiforme.... 126
Chimie. L'enseignement de la— dans les écoles de médecine.... 497
Chlorétone. Le—comme hypnotique chez les aliénés.... 511
Chorée gravidique. La—.... 385
Chloroforme.... 682
Chorée de Sydenham et son traitement.... 313
Circoncision et hérédité.... 126
Congrès de Londres, contre la tuberculose.... 556, 620
Congrès. Le—d'Ottawa, contre la tuberculose.... 166
Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.... 570, 630
Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie.... 762

Matieres.

PAGE.

Collège des Médecins et les bénéficiaires de la loi Roy..... 375
Constipation. Les causes et son traitement..... 597
Cors aux pieds..... 945
Coqueluche. Le traitement de la— 118, 324, 356, 645
Coliques hépatiques, traitement médical préventif des—.....
Coliques hépatiques à répétition.... 190
Crampes dans les jambes, traitement—..... 314
Crevasses du sein..... 645
Croup. Le traitement du faux—.. 638
Cyto-diagnostic, le—.....
Cystite chronique, traitement de la —par le gargarisme de l'urèthre postérieur..... 512

D

Déchirure du perinée..... 444
Délivrance artificielle..... 444
Dermatite ou pseudo-érysipèle atropinique..... 187
Diarrhée chez l'enfant..... 645
Diabète et levure de bière..... 512
Digitale effets physiologiques et thérapeutiques de la—et de ses principes actifs..... 118
Diarrhée infantile. Traitement de la—..... 424
Douleurs d'origine gastrique..... 512
Dysenterie. Traitement de la—319,290
Dyspepsie flatulente et crises gastralgiques..... 259

E

Eaux potables. Analyse chimique des—..... 339
Eau oxygénée, dans la blen..... 316
Eaux, purification des—..... 319
Epilepsie, traitement de l'—par la méthode de Fléchisg..... 511
Epilepsie. La dose suffisante de bromures dans le traitement de l'—..... 316
Epithéliôma de la face, traitement de l'—..... 384

PAGE.

Erysipèle, Nouvelle contribution à l'étude de l'—..... 779
Ether..... 682

F

Face, tic douloureux de la—..... 512
Face, épithéliôma de la —..... 324
Fièvre scarlatine..... 714
Fièvre typhoïde. Un cas de—sans lésions intestinales..... 640
Fièvre typhoïde chez un bébé de quatre mois et onze jours..... 540
Fièvre typhoïde, procédés de laboratoire dans le diagnostic pratique de la—..... 382
Fièvre typhoïde. Le traitement de la—à l'hôpital Notre-Dame..... 226
Fièvres éruptives, diagnostic précoce des—..... 91
Fièvre, faut-il traiter la—?..... 118
Folie gémellaire, deux cas de—... 505
Fractures. Sur la réduction des fractures..... 503

G

Gale, traitement de la—chez l'enfant..... 509
Gastralgie..... 324
Gélatine. Les injections sous-cutanées de—dans le traitement des anévrysmes de l'aorte..... 713
Goutte. Le traitement de la—..... 713
Goutte de lait. L'œuvre de la—..... 249
Grippe. La—..... 239
Grossesse extra utérine..... 521

H

Hanot. Maladie de—à forme splénomégalique chez une jeune fille de 14½ ans..... 532
Hémorrhoïdes, traitement des—... 388
Hernie inguinale à double sac..... 78
Honoraires professionnels, de l'intervention judiciaire en matières d'—à propos d'une décision récente..... 3
Hygiène, l'—au congrès de Paris (suite)..... 42
Hyperchlorhydrie, traitement de l'—..... 448
Hystérectomie abdominale dans l'infection puerpérale..... 309

Matieres.

I

PAGE.

Idiotie, anatomie pathologique de l'— 58
Infection puerpérale, traitement de l'— 715
Infection puerpérale, sérum de Marmoreck et abcès artificiels dans l'— 266
Infection puerpérale, hystérectomie abdominale dans l'— 309
Influenza 307
Institut vaccinal de Montréal 252
Iode 122

J

Jus de viande, préparation du—et ses effets thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire 642

L

Lait, l'œuvre de la Goutte de— 249
Levure de bière dans le diabète 512
Lotion stomachique et laxative 193
Lymphadénie leucémique 214

M

Maladies contagieuses Les—l'hygiène et les pouvoirs publics 131
Maladies contagieuses, projet d'hôpital pour les— 175
Maniaques périodiques, de la sortie compulsive, des asiles d'aliénés, des— pendant les intermittences de la maladie 455
Massage au *pétrole* dans le rhumatisme articulaire aigü franc. 316
Médecines patentées Les— 195
Médicaments, influence de la forme d'administration des— 512
Membranes, rétention des—après l'accouchement 444
Méningite cérébro-spinale suppurée, traitement de la— 118
Migraine 515
Mortalité infantile, considérations et statistiques sur la— 146
Mortalité infantile, moyens de réduire la— 12
Muguet, traitement du— 189
Myélite aiguë, nature et traitement de la— 118

N

PAGE.

Nasale, obstruction— et ses conséquences 67
Nectrianine. La—dans le traitement du cancer 315
Nodules vocaux 144
Nourrices, thérapeutique chez les — dans ses rapports avec la sécrétion lactée 507
Nourrisson. L'alimentation chez le— 409
Nourrisson. L'alcool chez le— 447

O

Obstétrique, Congrès périodique d' 762
Obstruction nasale et ses conséquences 67
Œdème pulmonaire 113
Ophtalmie purulente. Traitement de l'— des nouveaux-nés 505
Ostéotomie trochantérienne 207
Ostéopathie hypertrophiante 719
Oxyures. Traitement des— 570

P

Paralysie générale. Sur la période terminale de la— 460
Pédiatrie, Congrès d'obstétrique et de 762
Pelade 450
Perméabilité rénale et catéthérisme de l'urétère, valeur comparative des méthodes d'exploration 577
Périnée, déchirure du— 444
Permanganate de potasse, dans la désinfection 126
Perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal 58
Pétrole. Le— dans le rhumatisme articulaire aigü franc 316
Placenta. Accouchement forcé pour insertion vicieuse du— avec hémorrhagie 385
Pleurésies purulentes, variétés bactériologiques, pronostic et traitement 161, 280
Pleurésies séro-fébrineuses, traitement 36, 102
Pneumonie, traitement de la—par le sérum diphtérique 641

Matieres.

PAGE.

Potion anti-vomitive..... 193
Puberté. Les psychoses de la—... 58
Purpura hémorrhagique par auto-intoxication..... 27
Pupille. Le signe de la—et la dose suffisante de bromures dans le traitement de l'épilepsie..... 316

Q

Quinine dans les tumeurs malignes récidivantes..... 579

R

Rachicocaïnisation, technique de la—..... 576
Deux cas de mort par—..... 778
Rhino-pharyngites..... 450
Rhinites spasmodiques..... 114
Rhumatisme articulaire aigü. Le— 581
Rhumatisme. Le pétrole dans le— 316
Rhumatisme chronique, traitement du—..... 548
Roy. Le collège des médecines et les bénéficiaires de la loi..... 375

S

Saignée. Indication de la—..... 118
Santonine. La—dans les crises fulgurantes tabétiques..... 641
Sclérose otique. Le traitement de la—..... 114
Sécretion lactée chez les femmes, considération sur la—..... 311
Sérum anti-venimeux..... 126
Sérum de Marmoreck, antikamnia, etc., dans l'infection puerpérale..... 266, 431
Sérum diphtérique, traitement de la pneumonie par le—..... 641
Sinusites aiguës et chroniques..... 737
Société Médicale de Montréal, rapports des séances de la—655,774,776 70, 50, 109, 169, 255, 305, 369
Société Médico-psychologique de Québec..... 493
Spécialistes et Médecins..... 126
Sphygmomanométrie clinique et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire..... 463
Stase alimentaire et décubitus latéral droit..... 443

PAGE.

Syphilis. Le microbe pathogène de la— 639
Danger social de la—..... 485
Syphilitique. La typhose—..... 184

T

Tabès dorsal spasmodique chez un adulte..... 651
Testicule, luxation du—..... 87
Tétanos traumatique..... 316
Thyroïdectomie dans la maladie de Graves..... 442
Thyphose. La— syphilitique..... 184
Toux et ses causes chez les enfants..... 580
Tuberculeux, cure alimentaire du— 685
Tuberculose. La—au congrès de Londres et d'Ottawa....166, 556, 620
Hérédité et—..... 470
Non hérédité et—..... 246
Sphygmomanométrie et le diagnostic précoce de la—..... 463
Traitement de la — et des affections respiratoires chroniques par les injections trachéales..... 515
Médication phospho-créosotée dans le traitement de la— 154, 198
Prophylaxie de la— 348
Transmission à travers le placenta du bacille de la—..... 189
Tumeurs du sein et leur traitement..... 587

U

Ulcère chronique, méthode d'élongation trophique dans l'—..... 579
Urèthre, caroncules de l'—..... 18

V

Vaccination et revaccination..... 666
Vaccination, La.—..... 352
Vaccinal. Institut — de Montréal 252
Vagissements intra-utérins..... 644
Variole, traitement de la—..... 190
Verrues vulgaires, traitement radical des—..... 118
Vomito-negro appendiculaire..... 308

Bibliographie.

A

PAGE.

ARCHAMBAUD.—Traitement de la coxalgie par la mécanothérapie sans immobilisation au lit..... 647

ARCHAMBAULT.—Principes de diagnostic gynécologique..... 647

B

BEAUREGARD.—Matière médicale zoologique—histoire des drogues d'origine animale..... 716

BICHAT.—Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine 196

BOUCHARD et BRISSAUD.—Traité de Médecine, deuxième édition..... 783

BOUTIGNY.—Tableaux synoptiques d'anatomie topographique et chirurgicale..... 196

BUDIN.—Le nourrisson..... 582

C

CALOT.—Les maladies qu'on soigne à Berch-sur-Mer 515

CHAMPEAUX.—Tableaux synoptiques d'exploration chirurgicale des organes..... 648

CHANTEMESSE.—Les processus généraux..... 716

CHARDIN.—L'électricité et la thérapeutique moderne..... 515

CORNIL et RANVIER.— Manuel d'histologie pathologique, 1er volume..... 260

CRESPIN.—Comment on se défend contre les maladies coloniales.. 515

D

DELAMARE et GARNIER.—Dictionnaire des termes techniques de médecine..... 648

DELPEUCH.—La goutte et le rhumatisme..... 515

DUCONT.—Tableaux synoptiques de bactériologie médicale..... 196

DUBOIS et SAULIEU.—Conférence pour l'internat des hôpitaux de Paris, en 30 fascicules..... 772

G

PAGE.

GAUBE.—Cours de minéralogie biologique..... 515

GILLES de la TOURETTE.—Le traitement pratique de l'épilepsie. 196

GRASSET.—Diagnostic des maladies de l'encéphale..... 648

L

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU.—Traité médico-chirurgical de gynécologie..... 452

LEFFERT.—Aide-mémoire des maladies de l'intestin. Aide mémoire de neurologie et des maladies du cœur, 11 vol.. 196

LIPPMAN.—Le pneumocoque et les pneumococies..... 196

P

PAUCHET.—Chirurgie des voies biliaires..... 64

PÉGURIER.— Traitement rationel de la tuberculose pulmonaire... 515

PLICQUE.—Traitement des névralgies et névrites..... 648

PUECH et FROMAJET. — Précis d'ophtalmologie..... 64

S

SAULIEU et DUBOIS.—Conférence pour l'internat des hôpitaux de Paris, en 30 fascicules..... 782

ST-HILAIRE. — La surdi-mutité, étude médicale..... 128

SPILLMAN, HAUSHALTER et THIRY —Cliniques médicales iconographiques..... 783

T

TERRIER.—Chirurgie du foie et des voies biliaires. Manuel de petite chirurgie..... 648

TRIBOULET et MATHIEU.—L'alcool et l'alcoolisme 647

2 gal
125 +